



پزشکی بهداشتی درمانی قزوین

دانشکده پزشکی

پایان نامه جهت دکترای تخصصی کودکان

:

شیوع ویژگیهای پاهای بیقرار در کودکان به

تالاسمی مقایسه شاهد

راهنما:

دکتر جلیل

:

دکتر هادی موسی خانی

دکتر زهره یزدی

:

دکتر لیلا مهدی

به نام خداوند بخشاینده مهربان

تقدیم به :

همسرم که تکیه گاه وجودش سایه سار آسمان پرمهر زندگی من است.

تقدیم به :

پدرم که پشت و پناه همیشگی در پر نشیب و فرازترین لحظات من است.

تقدیم به :

مادرم که بهشت آغوشش و خیرخواستنش ضمانت گامهای من است.

و تقدیم به:

تک تک بیمارانی که در بالین شان علم طب را آموختیم.

با سپاس بیکران از:

خانم دکتر شبنم جلیل القدر

خانم دکتر زهره یزدی

آقای دکتر هادی موسی خانی

فهرست مطالب

چکیده فارسی

.....مقدمه

.....هدف کلی

.....اهداف جزئی

.....تعریف واژه ها

.....محدودیت های پژوهش

.....دانستنیهای پژوهش

.....مروری بر مطالعات انجام شده

.....نوع پژوهش

.....جامعه پژوهش

.....متغیرها

.....روش انتخاب نمونه و حجم نمونه

.....روش تجزیه و تحلیل

.....ابزار گردآوری داده ها

.....ملاحظات اخلاقی

چهارم

..... یافته های پژوهش و جداول.

..... بحث و نتیجه گیری.

..... پیشنهادات.

..... فهرست منابع.

..... چکیده انگلیسی.

..... **رسشنامه**.

فهرست جداول

صفحه

عنوان

چکیده

شیوع ویژگیهای ی بیکرار در کودکان به تالاسمی ماژور و مقایسه شاهد.

مقدمه: تالاسمی کننده ترین بیماریهای ارثی که کمی تولید هموگلوبین ایجاد می . برای بهبود کیفیت زندگی سیر طولانی بیمار ان تالاسمی به شبانه جملہ پایهای بیکرار توجه بالایی گیرد. پایهای بیکرار وضعیت ناخوشایند همراه ناراحتی پایا شبانه می که تشدید حرکت می.

هدف: این مطالعه مقایسه شیوع ویژگیهای پای بیکرار در بیمار ان تالاسمی جمعیت کنترل.

بررسی: یک مطالعه - شاهد بیمارستان قزوین - کودک زیر به تالاسمی کودک همسان به کنترل مطالعه . تشخیص پایهای بیکرار میشود. ارزیابی طریق تکمیل International RLS Study Group نامه های : که پرسشنامه به ارزیابی پایهای criteria for the diagnosis of RLS(IRLSG) بیکرار پرسشنامه غربالگری پایهای بیکرار کودکان (تکمیل کننده والدین هستند)

screening Questionnaire RLS from a Clinical Guide to

Pediatric Sleep,Diagnosis and Managemet of Sleep problems.

فیلا دلفیا جهت بررسی الگوی بیمار ان برگزیده . . آنالیز ها همبستگی کای-اسکوئر SPSS 16 معناداری / گرفته .

همچنین بیماران تالاسمی مقایسه کنترل بیشتر RLS نتایج: شیوع
 معناداری بدنی، کافین RLS .
 هموگلوبین فریتین RLS عملکرد روزانه بیمار . بین
 اعضای معناداری مشاهده
 عملکرد روزانه عملکرد کودکان مدرسه کاهش . RLS نتیجه گیری:
 بیشتر . نتایج مطالعه می به RLS افزایش بدنی، به
 ارتقای کیفیت زندگی بیماران تالاسمی تشخیص پاهای بیقرار به
 . کنترل بیماری یاری
 های کلیدی: تالاسمی پاهای بیقرار، بیماری حرکت ای پاها
 . پاهای بیقرار احتمالی، سندرم پاهای بیقرار قطعی

-مقدمه

-هدف کلی

-هدف جزئی

-فرضیات پژوهش

-تعریف واژه ها

-محدودیت پژوهش

مقدمه و بیان مسئله و اهمیت موضوع:

تالاسمی به یک بیماری شدید که نیازمند تزریق ماهانه می
کننده ترین بیماری های شناخته . برقراری کیفیت
زندگی برای این تزریق اضافه آهن
به آهن برای جلوگیری ایجاد عوارض، به هدف مهمی
سیر طولانی این که پایان نیز ادامه برای
زندگی کیفیت یا این به شبانه
به ریز توجه بالایی گیرد. بهبود زمینه
ای جمله پاهای بیقرار که قبلی بیش جمعیت عادی شایع
کیفیت زندگی بیفزاییم.

سندرم پاهای بیقرار وضعیتی ناخوشایند همراه ناراحتی پاها شبانه
می که تشدید حرکت اندامها میشود. این
کرایتریای زیر تشخیص میشود:

(یک برای حرکت پاها که ولی نه همیشه میدهد، که همراه
یک ناخوشایند پاهاست.

(یک برای تکان پاها ناخوشایند که های
فعالیت نظیر کشیدن تشدید میشود.

(برای تکان پاها هر ناخوشایند که کل یا بخشی تکان
میشود. نظیر حین فعالیت هم ادامه .

(تکان پاها ناخوشایند طی که تنها
ایجاد و یا تشدید میشود یا شبها هنگام به شدیدتر .

(مذکور باید به شرطی که بیماری زمینه ای مشکلات رفتاری دیگری . :میالژی وریدی، پاهای کرامپهای ناراحتی ها () .

کرایتریای برای کودکان ساله تعریف بیماری ممکن احتمالی قطعی Silber . Kotagal شیوع % قطعی/احتمالی 3/1 کودکان برای ارزیابی کرده () .

پاهای بیقرار در % جمعیت دیده میشود شیوع % () .

Luberge ناراحتی کودکان % کرده () .

Pichitachi سندرم پاهای بیقرار % کودکان - ساله % - ساله امریکا انگلیس کرد. شیوع سندرم پاهای بیقرار احتمالی همین جمعیت مطالعه به ترتیب % . % () .

مطالعه POOL % دبیرستانی هفته پاهای بیقرار () .

کشورهای توسعه نیز مشابه پاهای بیقرار . شیوع ترکیه % () .

یک مطالعه روی بیمار به پاهای بیقرار مراجعه کننده برزیل مذکر / () .

بیماری ممکن اولیه و یا ثانویه به بیماری زمینه ای % بیماری اولیه % ثانوی به بیماری زمینه ای نوروپاتی آهن () نیز دیابت , بیماری های قلبی عروقی , نارسایی کلیه , بیماری کبد و هیپرتنشن ریوی همراهی پاهای بیقرار دیده میشود (, ,) .

مطالعه ای که روی کودک ساله به بیماری سیکل
 پرسشنامه PSQ شیوع سندرم پاهای بیقرار: 12.5% شیوع
 اختلال حرکت دوره ای اندامها در خواب 23.4% . (8).

در ایران از شیوع این سندرم و میزان ابتلای افراد جامعه چه در حضور بیماری های زمینه ای و چه در سلامت جسمانی کامل اطلاعات دقیق و آماری که نتیجه معتمدی به همراه داشته باشد در اختیار نیست. اما امری که بدیهی به نظر میرسد اینست که چه در میان بالغین و چه در کودکان افراد زیادی علائم آن را دارا هستند و بی آنکه آگاهی کافی از مجموعه علائم داشته باشند از عوارض آن در رنج .

از جمله عوارض سندرم پاهای بیقرار شامل اختلالات خواب و بیداری مکرر از خواب و نیز عدم آرامش کافی در صبح روز بعد میشود که بخودی خود از کیفیت عملکرد فرد در وزمره میکاهد. به دلیل اهمیت مطلب بخصوص در کودکان که اختلال خواب ناشی از این سندرم منجر به افت تحصیلی و سرخوردگی اجتماعی میشود ، لازم دیدیم تا شیوع سندرم پاهای بیقرار را در کودکان الاسمی استان قزوین مورد مطالعه قرار بدهیم و مقایسه ای از نظر شیوع آن در جمعیت مبتلا به تالاسمی ماژور با افراد سالم داشته باشیم.

دلایل انتخاب موضوع:

(با توجه به انواع موربیدیتی و مشکلاتی که سندرم پاهای بیقرار در زندگی افراد ایجاد می نماید که البته با تشخیص و درمان به موقع از شدت آن کاسته و بر کیفیت زندگی فرد افزوده میگردد بر آن شدیم تا موضوع شیوع این سندرم را در حیطه کودکان به انجام برسانیم.

(شیوع سندرم پاهای بیقرار در جمعیت تالاسمی ماژور در چند پژوهش در ایران انجام شده است اما تمرکز مطالعات در بالغین بوده است لذا برآن شدیم تا این موضوع را در جمعیت زیر استان قزوین انجام دهیم که -

در مقایسه با جمعیت سالم که از نظر سن و جنس یکسان بیماری زمینه ای نداشتند طریق پرسشنامه به انجام برسانیم.

(با توجه به اینکه این تحقیق به صورت پرسشنامه ای انجام شده است ،هزینه اضافی به افراد مورد مطالعه تحمیل نشده و لذا مقرون به صرفه و قابل اجرا بود.

(تیم تحقیقاتی از نظر منابع انسانی جهت انجام این مطالعه قادر به جمع آوری و ثبت و تحلیل داده ها بوده و از نظر تجهیزات تخصصی و م د مصرفی این مطالعه در کمتر از یکسال قابل اجرا بود.

(از نظر ملاحظات اخلاقی در این مطالعه با توجه به محرمانه ماندن اطلاعات شخصی افراد و عدم استفاده از اسامی آنها هیچگونه شبه ای در مطالعه ایجاد نشده و از نظر مشکلات اخلاقی پزشکی مبرا میباشد.

هدف کلی:

شیوع و ویژگیهای پاهای بیقرار در کودکان به تالاسمی مقایسه شاهد.

-اهداف جزئی (Specific Objectives)

(تعیین فراوانی نسبی سندرم پای بیقرار در کودکان و نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور مقایسه با گروه شاهد.

(تعیین فراوانی نسبی سندرم پای بیقرار در کودکان و نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور مقایسه با گروه شاهد.

(تعیین فراوانی نسبی سندرم پای بیقرار در کودکان و نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور شاخص توده بدنی مقایسه با گروه شاهد.

(تعیین فراوانی نسبی سندرم پای بیقرار در کودکان و نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور مواد کافئین دار مقایسه با گروه شاهد.

(تعیین فراوانی نسبی سندرم پای بیقرار در کودکان و نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور
برحسب وجود تلویزیون در اطاق خواب مقایسه گروه شاهد.

(تعیین فراوانی نسبی سندرم پای بیقرار در کودکان و نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور
برحسب انجام تکالیف مدرسه مقایسه با گروه شاهد.

(تعیین فراوانی نسبی سندرم پای بیقرار در کودکان و نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور
هموگلوبین بیمار ان مقایسه با گروه شاهد.

(تعیین فراوانی نسبی سندرم پای بیقرار در کودکان و نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور
برحسب سطح فریتین مقایسه با گروه شاهد.

(تعیین فراوانی نسبی سندرم پای بیقرار در کودکان و نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور
برحسب کرایتریاهای پاهای بیقرار مقایسه با گروه شاهد.

(تعیین فراوانی نسبی سندرم پای بیقرار در کودکان و نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور
شرح حال فامیلی از پدر بیمار از پاهای بیقرار مقایسه
شاهد .

-اهداف کاربردی (Applied Objectives)

ارتقای کیفیت زندگی بیماران تالاسمی با تشخیص پاهای بیقرار و درمان به موقع آن می تواند در کنترل بیماری مزمن این کودکان کمک کننده باشد.

-فرضیه ها (Hypothesis) یا س ل های پژوهش:

(فراوانی نسبی سندرم پای بیقرار در کودکان و نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور مقایسه با گروه شاهد چقدر است؟

(فراوانی نسبی سندرم پای بیقرار در کودکان و نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور برحسب مقایسه با گروه شاهد چقدر است؟

(فراوانی نسبی سندرم پای بیقرار در کودکان و نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور برحسب شاخص توده بدنی مقایسه با گروه شاهد

(فراوانی نسبی سندرم پای بیقرار در کودکان ونوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور برحسب مواد کافئین دار مقایسه با گروه شاهد

(فراوانی نسبی سندرم پای بیقرار در کودکان ونوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور برحسب وجود تلویزیون در اطاق خواب مقایسه با گروه شاهد

(فراوانی نسبی سندرم پای بیقرار در کودکان ونوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور برحسب انجام تکالیف مدرسه مقایسه با گروه شاهد

(فراوانی نسبی سندرم پای بیقرار در کودکان ونوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور برحسب هموگلوبین بیماران مقایسه با گروه شاهد

(فراوانی نسبی سندرم پای بیقرار در کودکان ونوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور برحسب سطح فریتین مقایسه با گروه شاهد

(فراوانی نسبی سندرم پای بیقرار در کودکان ونوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور برحسب کرایتریا های پاهای بیقرار مقایسه با گروه شاهد

(فراوانی نسبی سندرم پای بیقرار در کودکان ونوجوانان مبتلا به تالاسمی برحسب شرح حال فامیلی از پدر بیمار از پاهای بیقرار مقایسه شاهد چقدر است؟

های کلیدی

Major Thalassemia:

تالاسمی	بیماری ژنتیکی	کم خونی ناشی	کمی ساخته
زنجیره های هموگلوبین	بیماران	یکسالگی	میشوند برای
هموگلوبین	نیازمند تزریق ماهانه	هستند.	

Restless Leges Syndrome (RLS):

پاهای بیقرار

Definite RLS:

سندرم پاهای بیقرار قطعی: بیمارانی که هر کرایتریای داشته .

Probabale RLS:

سندرم پاهای بیقرار احتمالی: بیمارانی که - کرایتريا

Perriodic Limb Movement Disorder (PLMD):

حرکت ای اندامها طی

Non-Rapid Eye Movement Sleep (NON REM Sleep):

مرحله ای که حرکات سریع چشمها رویا دیدن این مرحله نمی .

Rapid Eye Movement Sleep (REM):

مرحله ای که رویا دیدن می دهد حرکات سریع چشمها ولتاژ پایین میشود نیز عضلانی کاهش .

محدودیت های پژوهش:

به دلیل اینکه بیمار تالاسمیک در سنین مختلف قرار داشتند ، شدیم ایشان را به گروه سنی برای ارزیابی آسانتر تقسیم نماییم .
گروه سنی و گرو دوم
گی قرار دادیم. - سال والدین پرسشنامه را تکمیل
در تک تک موارد در بیماران و شاهد، تکمیل پرسشنامه ها در حضور پژوهشگر و
به صورت چهره به چهره انجام گرفت تا ابهامی باقی نماند و منظور هر سؤال شرح داده

کل بعدی عدم دستیابی به میزان هموگلوبین و فریتین در گروه شاهد بود که بصورت روتین و دوره ای از کودکان سالم چک نمیشود و لذا این دو متغیر را ارزیابی نمودیم.

بعضی از والدین به دلیل عدم آگاهی از ضرورت وجود این سندرم در فرزندانشان از پرکردن پرسشنامه سرباز میزدند و یا ساده انگارانه بدان می نگریستند که پس از توضیحات

پژوهشگر در باب گرفتاری ها و محاط کردن کیفیت های زندگی فرد توسط آن آگاه تر
گشته و نسبت به تکمیل پرسشنامه تمایل بیشتری داشتند.

- دانستنی های پژوهش

- مروری

دانستنی های پژوهش:

تالاسمی کننده ترین بیماری های که کم خونی شدید
هموگلوبین نیاز به تزریق ماهانه پیامدها موربیدیتی بالایی
برای جامعه ایجاد میکند ادامه به توضیحاتی می پردازیم :

تالاسمی به کمی ژنتیکی تولید زنجیره گلوبین میشود. هر به
تالاسمی کامل زنجیره گلوبین (تالاسمی) یا بخشی ()
تالاسمی مینور) میتواند داشته . تالاسمی بخشی زنجیره گلوبین
. پاتولوژی اولیه تالاسمی تولید گلوبین ناشی میشود.

تالاسمی مشکل بزرگی تولید زنجیره گلوبین به دلیل تولید ناکافی
گلوبین که نهایتا هموگلوبین A کاهش می یابد.

این بیماران جهش های ژنی تالاسمی هم گسیختگی تکامل
اریتروسیت ها میشود که نتیجه خونسازی غیر میشود، به عبارتی
بیش ولی رتیکولوسیت ها کم و کم خونی شدید هم .
تالاسمی افزایش زنجیره های گلوبین به زنجیره های
نتیجه گلوبین () ایجاد میشود. این آنکلوزیون غشای
پیدا میکند کوتاه میکند نهایتا کم خونی افزایش تولید
اریتروئید میدهد.

کودکان به تالاسمی صورتی که به یک کم
خونی همولیتیک پیشرونده همراه نارسایی قلبی زندگی تظاهر
میکند. بسته به جهش ژنی میزان تولید هموگلوبین جنینی، بیماران به تالاسمی
ماهگی سالگی نیازمند ترنسفوزیون خواهند . کودکان
هموگلوبین کمتر نارسایی قلبی میشوند . خستگی، بی حالی، بی اشتها
یافته های دیررس کم خونی شدید شیرخواران کودکان هستند این
تزریق ، که پایه این بیماران شایع هستند.

تظاهرات کلاسیک کودکان به بیماری شدید چهره های تالاسمیک (هایپرپلازی مگزایلا، پل بینی پهن، برجستگی (شکستگی های پاتولوژیک خوانی، بزرگی توجه کبد، طحال کاشکسی هنوز هم کشورهای توسعه دیده میشود. تظاهرات ذیل نشانه های خونسازی غیر هستند که :

فضاهای مدولاری (همراه وسیع فضای
 جمجمه که نمایی شبیه چهره تالاسمیک ایجاد میکند) خونسازی مدولاری نیاز به
 کالری بسیار، بزرگی کبد میتواند حمایتی تغذیه ای مداخله
 کند. پریدگی هموسیدروز زردی تولید یک شیر قهوه ای
 میکند.

کم خونی ایجاد افزایش میزان آهن مجرای ای _ ای
 میشود که این به سمیت به آینده خواهد .

بسیاری این تظاهرات تزریق کمتر می شیوع کمتری پیدا
 خواهد کرد. ولی افزایش ذخیره هن به دلیل افزایش آهن ناشی ترانسفوزیون ایجاد
 یک نگرانی مبتلایان میباشد. بیشتر این میتوان
 آهن پیش گیری کرد. محیطی بیماران : کم خونی شدید، رتیکولوسیت کم
 های هسته میکروسیتوز همراه های شکلهای غیر
 طبیعی رویت میشود. هموگلوبین پیشرونده پایین اینکه
 تزریق برنامه ترنسفوزیون به ماهیانه
 هموگلوبین بین - - دسی لیتر ترنسفوزیون میباشد.

ارزیابی میزان فریتین روشی مفید برای افزایش ذخایر آهن میباشد که
 فریتین بیشتر میلی دسی لیتر به آهن تجویز میشود.
 چک فریتین بیوپسی کبد MRI T2 روشهای دیگر ارزیابی میزان آهن ذخیره
 میباشد. میتوان آهن که به فرمهای تزریقی خوراکی آهن
 ممکن جلوگیری ()

در ادامه به موضوع سندرم پاهای بیقرار به یکی از شایع ترین اختلالات خواب میپردازیم:

اختلالات خواب در زندگی روزمره افراد صرف نظر از تمامی بی توجهی ها که در زمینه تشخیص چه توسط افراد و چه پزشکان، بدان میشود؛ یکی بحث انگیز ترین مقولاتی است که در زندگی امروز بشر با آن مواجه است. ناآگاهی نسبت به اینکه علائمی که در فرد وجود دارد نیازمند پیگیری و حتی درمان میباشد و ه گی در قالب یک گروه از اختلالات به نام اختلالات خواب جای میگیرد باعث شده است که افراد بدون تلاشی برای رطرف کردن آن به زندگی ادامه دهند، این ادامه دادن در حضور چنین اختلالاتی منجر به کاهش کیفیت زندگی ایشان و نیز فقدان تمرکز کافی در ساعاتی از روز میشود که باید بیشترین بهره وری را دارا میشدند. از جمله پراهمیت ترین و شایع ترین اختلالات خواب باید سندرم پاهای بیقر را نام ببریم که نه تنها بالغین بلکه کودکان را هم اسیر خود کرده . در زندگی روزمره هم افراد زیادی را میبینیم که در اوقاتی بجز شبها هم بدان مبتلا هستند و البته علائم خود را به عنوان یک اختلال نیازمند درمان قلمداد نمیکند و در پی درمان آن نیز نیستند.

تلاشی که فقدان آن تاکنون بچشم میخورد، شناساندن این سندرم به مردم و تشخیص جامعه ای که در برابر بار استرسی که به تک تک افراد وارد می آورد نتواند اختلال ایجاد شده در افراد را تشخیص و درمان نماید، تلاش افراد آن جامعه نتیجه کمتر از مطلوب داشته و نهایتا سرخوردگی اجتماعی برای آن افراد و عدم پیشرفت در زمینه های مختلف برای آن جامعه به ارمغان می آ .

سندرم پاهای بیقرار جمله اختلالات ی است که بسیاری از افراد از جمله کودکان به آن گرفتار هستند . همانطور که ذکر آن از پیش رفت؛ ندانستن ابتلای به علائم این سندرم منجر به تشدید اختلال خواب شبانه شده که تحت تاثیر قرار گرفتن تمامی جنبه های زندگی از جمله: وضعیت تحصیلی ، عملکرد شغلی، خواب آلودگی روزانه ، افزایش فشار خون و نهایتا در صورت عدم درمان مشکلات قلبی و نیز بهم ریختگی خانواده میشود. با وجود تمامی جنبه های مهم یاد شده تحقیق و یا پروژه علمی که شیوع آن را ایران نشان دهد کمتر انجام شده . تحقیقاتی در باره ارتباط سندرم پاهای بیقرار و ارتباطش با نارسایی کلیه و آنمی فقر آهن و شیوع آن در بیماران همودیالیزی ایران و سایر کشورها که بیشتر در جمعیت بالغین بوده . ()

در مطالعات قبلی در امریکا در سال شیوع . % را در جمعیت عمومی از این سندرم یاد کردند و در زنان، مصرف قهوه، سن بالاتر، چاقی، وجود بیماری های زمینه ای مثل فشارخون بالا و مشکلات عضلانی اسکلتی، مصرف سیگار و الکل، خرخر شبانه را به عنوان عوامل همراه و تشدید کننده علائم این سندرم قلمداد کرده است. ()

در مطالعه دیگری که بر روی بیماران همودیالیزی و نارسایی کلیه انجام گرفته است نیز سندرم پاهای بیقرار را عامل مهمی در بروز مشکلات قلبی - عروقی و افزایش فشارخون دانسته و دیده شده است که با کنترل علائم این سندرم نیاز به مصرف داروهای ضد فشار خون کاسته شده است. ()

همچنین در بیماران مبتلا به فقر آهن که مبتلا به علائم سندرم پاهای بیقرار هم بودند، دیده شده است که پس از مصرف دوره ای آهن و اتمام دوره درمان فقر آهن شان از شدت علائم این سندرم تا حدود زیادی کاسته شده است و یا کاملاً برطرف گشته است. ()

در سایر مطالعاتی که اخیراً انجام شده است نیز بروز سندرم پاهای بیقرار در کودکانی که والدینشان در جاتی از علائم این سندرم را دارند بیشتر () .

در ایران نیز مطالعاتی در باره سندرم پاهای بیقرار انجام شده است از آن جمله است: شیوع این سندرم در بیماران همودیالیزی در بوشهر در سال که ارتباطی با سطح فریتین و شدت علائم وجود نداشته است ولی سابقه خانوادگی مثبت را عامل مهمی در بروز سندرم دانسته است. ()

در تهران در سال در میان بیماران همودیالیزی ارزیابی بروز سندرم پاهای بیقرار انجام شده است که از کل بیماران . % اختلال خواب داشته اند و . % سندرم پاهای بیقرار بوده اند. ()

در استان چهارمحال و بختیاری در سال مطالعه ای دیگر انجام شده که % بیماران همودیالیزی که مبتلا به یک آنمی زمینه ای ناشی از بیماری های مزمن هستند را درگیر علائم سندرم پاهای بیقرار دانسته است. ()

مطالعه ای که در تبریز در سال انجام شده است به ارزیابی شیوع سندرم پاهای بیقرار در بیماران تالاسمی ماژور پرداخته است که از کل بیماران %
% دچار علائم سندرم پاهای بیقرار بوده اند که البته ارتباطی با سطح فریتین و آهن و سن نداشته و در کل در زنان شایع تر بوده است. ()

از آنچه از مندرجات بالا بر می آید لزوم بررسی شیوع سندرم پاهای بیقرار در جمعیت کودکان که تا کنون کمتر مورد ارزیابی و بخصوص مبتلایان به تالاسمی ماژور که نیازمند تزریق خون ماهانه هستند روشن میگردد. حال در اینجا به توضیح بیشتر پیرامون این سندرم می پردازیم:

بر اساس کرایتریای تعریف شده جدید سندرم پاهای بیقرار کرایتریای جهت تشخیص دارد که عبارتند از:

(یک برای حرکت پاها که ولی نه همیشه میدهد، که همراه یک ناخوشایند پاهاست.

(یک برای تکان پاها ناخوشایند که های فعالیت نظیر کشیدن تشدید میشود.

(برای تکان پاها هر ناخوشایند که کل یا بخشی تکان میشود. نظیر حین فعالیت هم ادامه .

(تکان پاها ناخوشایند طی که تنها ایجاد و یا تشدید میشود یا شبها هنگام به شدیدتر .

(مذکور باید به شرطی که بیماری زمینه ای مشکلات رفتاری دیگری . میالژی، وریدی، پاهای، کرامپهای ناراحتی پاها () .

در صورتی که فرد هر کرایتری را داشته باشد تشخیص سندرم پاهای بیقرار قطعی نام گزارده میشود . یا ز کرایتری سندرم احتمالی از کرایتری را دارا باشند در خطرابتلا به سندرم پاهای بیقرار احتمالی میباشد. ()

براساس شواهد موجود و نیز مطالعات قبلی زمینه خانوادگی این سندرم مثلا حضور همزمان علائم در هردو یا یکی از والدین ،با بروز بالا ندان همراهی دارد. () همچنین بروز و تشدید علائم سندرم پاهای بیقرار در مواقعی که با اضطراب کودکان همراهی دارد نظیر شب های امتحان و یا رویداد دیگری که استرس و اضطراب ،ولو در سایر زمینه ها را به کودک القا نماید ،بیشتر است.

همچنین ارتباط و همراهی آن با سایر اختلالات خواب مثل بی خوابی آپنه انسدادی آلودگی روزانه بیماری حرکت ای پاهای گردی،تکلم کردن پاراسومنی می () هرکدام این ممکن کاهش کمی کیفی بهم ریختن الگوی نهایتا تاثیر منفی عملکرد روزانه بیماران که در مطالعه حاضر به آن پرداخته شده است.

بروز بیشتر علائم با چاقی و جنسیت زن و عدم رعایت بهداشت خواب نظیر: به نوشیدن چای ،قهوه هفته، تلویزیون بیداری به عنوان یک فرضیه قوی مطرح می در این مطالعه برآنیم تا به ثابت کردن و یا رد آن پردازیم.

مکانیسم اصلی زمینه ای سندرم پاهای بیقرار ناشناخته میباشد. برخی تئوری ها جمله هموستاز آهن یا فریتین دوپامینرژیک ()

بررسی :

مطالعه ای که picchietti امریکا به رسانی کرایتریای تشخیص پاهای بیقرار اخیری که پاهای بیقرار کودکان پرسشنامه ارزیابی سعی داشته که این کرایتریای فهم برای کودکان توصیف علایمشان نماید.جنبه های دیگر نظیر بیماری های همراه تشخیص های افتراقی وضعیت های را،نیز کرایتریای پاهای بیقرار احتمالی

وضعیت‌های حرکت ای اندامها نیز به رسانی
کرایتریای جدید:

- 1) یک برای حرکت پاها که ولی نه همیشه میدهد، که همراه یک ناخوشایند پاهاست.
- 2) یک برای تکان پاها ناخوشایند که های فعالیت نظیر کشیدن تشدید میشود.
- (برای تکان پاها هر ناخوشایند که کل یا بخشی تکان میشود. نظیر
- (تکان پاها ناخوشایند طی که تنها ایجاد و یا تشدید میشود یا شبها هنگام به شدیدتر .
- 5) مذکور باید به شرطی که بیماری زمینه ای مشکلات رفتاری دیگری . : میالژی، وریدی، پاها، کرامپهای ناراحتی پاها ()

مطالعه کوتاگال که
پاهای بیقرار دربالغین
بیقرار یک حسی، حرکتی که
: کرایتریای (IRLSSG 4)

- (حرکت پاها بدلیل یک ناخوشایند
- (ای یا هنگام
- (بهتر حرکت
- (بیقراری شبها یا هنگام

این کرایتیا برای به تعریف چنانچه همه آنها بیمار داشته پاهای بیقرار قطعی بخشی پاهای بیقرار احتمالی .

مطالعه % کودکان مطالعه پاهای بیقرار .

مطالعه سیلبر کوتاگال شیوع پاهای بیقرار % .
 قطعی/احتمالی / کودکان به کردند.

مطالعه picchietti که امریکا شیوع پاهای
 بیقرار قطعی 1.9% % می شیوع پاهای
 بیقرار احتمالی همان سنی به ترتیب % . % .

امریکا مطالعه poll % علایم پاهای بیقرار
 بعضی وضعیت های بالینی طبی شیوع پاهای بیقرار .
 حاملگی اورمی بالغین : کودکان بیش اختلال حرکت دوره ای
 اندامها در طی خواب و دردهای رشدی شایعتر ().

مطالعه ای که picchietti در اروپای غربی
 پاهای بیقرار یک نورولوژیکی بالغین شیوع - %
 بیان . اینجا نیز معیارهای IRLSSG برای تشخیص پاهای بیقرار
 سنی - -
 پرسشنامه که نهایتا به این نتیجه رسیده که % - ساله ها %
 - ساله ها دچار این هستند. دیسترس شدید که بیشتر هفته
 . - % بیشتر % یک % هر
 پاهای بیقرار . نتیجه نهایی این که پاهای بیقرار یک
 شایع کودکان که حتی می دیابت نیز شایع
 نیازمند بیشتر این زمینه ().

بررسی که ایلماز ترکیه برای تعیین شیوع پاهای بیقرار در
 بین دبیرستانی - به تکمیل

پرسشنامه برای تعیین پاهای بیقرار قطعی پرداخته که % %
 . . % پاهای بیقرار قطعی تشخیص % علایم
 پاهای بیقرار بیش یکبار در هفته . . % بیماران
 مشکل شیوع همراهی تکرر علایم مشکلات %
 % والدین پاهای بیقرار . همراهی بیش فعالی
 توجه سختی بیشتر سایر . نتیجه نهایی
 این که میان شیوع پاهای بیقرار بسیار زیاد و نیازمند توجه
 بیشتر ().

بررسی که picchietti برای ارزیابی آهن ژنتیک تشخیص
 پاهای بیقرار امریکا پاهای بیقرار %
 - ساله میدهد . تکنیکهای تشخیصی جدید بیش فعالی
 تمرکز ، افسردگی زیادی حرکت ای پاها
 . آهن ژنتیک این مقاله علایم پاهای بیقرار
 . بطوری که تجویز آهن به کاهش علایم پاهای بیقرار
 کودکان . واریان ژنتیکی پاهای بیقرار هستند ، وابتلای
 اعضای به پاهای بیقرار دلیل مهمی پاهای
 بیقرار کودکان ().

بررسی که حسینی همکاران تهران بررسی فراوانی
 پاهای بیقرار بیماران همودیالیزی
 بیماران همودیالیزی پرسشنامه ارزیابی که میان %
 . % نیز پاهای بیقرار هستند ().

مطالعه ای که علیدوستی همکاران چهارمحال بختیاری
 () بین کیفیت پاهای بیقرار بیماران
 همودیالیزی ارزیابی کرده . میان شرکت کننده % پاهای بیقرار

هستند . % نیستند. کیفیت دارای علائم شدید . % علائم خفیف % شیع بالای پاهای بیقرار بیماران همودیالیزی () .

مطالعه همکاران کودک - ساله به آنمی سیکل هموگلوبین سیکل هردو زنجیره پلی سومنوگرافی پرسشنامه برای بررسی ارزیابی . نتیجه این که حرکات پرئودیک پاهای حین مکرر مرحله Non-REM دیده میشود که همراهی سایر نظیر پاهای بیقرار () .

مطالعه ای که صبری همکاران شیع بیماران همودیالیزی ارزیابی کرده . بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به مرکز اورولوژی نفرولوژی Mansoura طی میانگین سنی . - . بی خوابی آپنه انسدادی حین پاهای بیقرار، خواب آلودگی حین روز، نارکولپسی حین بررسی . شیع . % بیماران . بطوریکه: بی خوابی (. %) آپنه انسدادی حین (. %) پاهای بیقرار (. %) آلودگی حین (. %)، نارکولپسی (. %) حین (. %) بطورکلی . این بیماران بیشتر جمعیت عادی . آنمیک یا هیپوآلبومینمیک . که بهتر از طریق پلی سومنوگرافی ارزیابی () .

یک موردی که مکی امریکا یک ساله که به پاهای بیقرار روزانه . mg روپنیرول میکرد میگرد . دلیل تشدید علائم وی به mg افزایش ارزیابی . ایشان به ، کانسر رحم، هیپرلیپیدمی نیز . وی روپنیرول ، سرتزالین ومیواستاتین نیز میکرد . توجه به آزمایشات بیمار: فریتین :

آهن: ترنسفرین: 298% TIBC برای ایشان آهن خوراکی
 آهن به کاهش علائم پاهای بیقرار حین
 روپنیروول نیز علائم شبانه و بیداری های شبانه نیز کاهش یافت. ()

سلیمی پور در سال در بوشهر به ارتباط بین سطح فریتین سرم در میان بیماران
 همودیالیزی که سندرم پای بیقرار داشتند پرداخته است، بیمار دیالیزی مراکز
 دیالیز بوشهر به . از میان بیمار
 (. %) مبتلا به سندرم پای بیقرار بودند که از آن میان (. %) .
 (. %) سابقه . بیقرار
 ه است. به بیقرار فاکتورهای فریتین
 نارسایی کلیه نیترورژن ().

یک مطالعه مقطعی که سرخابی همکاران تبریز اند، به
 بررسی شیوع پاهای بیقرار در بیماران تالاسمی بیمارستان کودکان تبریز
 پرداخته که از بیماران - ساله ارزیابی کرده . % بیماران
 تالاسمی می . که میان % به پاهای
 بیقرار میباشند. این این مطالعه ارتباطی فریتین آهن
 ولی . شایعتر که البته آماری معنی نیست. ()

بررسی که همکاران هند
 بیقرار را بیماران آنمیک ناشی آهن، که مراجعه به بیمارستان های
 هند داشته را ارزیابی کرده . بیمار به آنمی آهن غیر
 آنمیک بررسی کردند. نتیجه این که پاهای بیقرار در . % غیر
 آنمیک . % بیماران آنمیک شیوع . کسانی که منوراژی یا اهدا
 کننده پاهای بیقرار شایع ().

مطالعه ای که
روپه نیرول
آغازین
مطالعه
تجویز
به کاهش علایم

هایکینز گرفته
پاهای بیقرار در مقایسه
ارزیابی
پاهای بیقرار و سن
مشاهده
پاهای بیقرار

تاثیر بالینی
- ساله
بیماری نیز
روپه نیرول
()

مطالعه کونا فول همکاران
آهن
بیش
توجه به تنهایی
که آهن

فرانسه، شیوع
پاهای بیقرار و
کودکان بیش فعال و اختلال توجه ارزیابی کرده
توجه
این کودکان آهن نیز ارزیابی
علایم می افزاید. ()

بررسی که
شیوع
ممكن
کردند. %
دریافتی میلی
درصد گستره گلبول های قرمز بیشتر
%
بیقرار بین

بیمارستان
پاهای بیقرار
آهن داشته
اهدا کنندگان
%
میلی
که توصیه
پاهای بیقرار بودند. این مطالعه
بسیار شایع
به

ارزیابی کردند. اهدا کنندگان
این مطالعه گرفته
برای ساله
پاهای بیقرار بودند. میانگین آهن
دریافت کنند. میان
% که قویا به آهن
پاهای بیقرار دچار

آهن شدیدتری به کسانی که آهن ولی
().

مطالعه ای که سیدل همکاران امریکا - شاهدهی
بررسی افزایش شیوع پاهای بیقرار کودکان به میگرد
به سایر کودکانی که به بیمار کنترل که طریق پرسشنامه غربالگری
یا میگرد پاهای بیقرار درایشان ارزیابی کرده، مقایسه کرده نهایتاً به این نتیجه
رسیدند که شیوع پاهای بیقرار به میگرد واضحی
کنترل ().

مطالعه ای که ویرد توصیف علایم
کودکان کلام ارزیابی . کودکی که
پرسشنامه اسکرین پاهای بیقرار گرفته % به پاهای
بیقرار کلماتی نظیر : حرکت عنکبوت روی پاها، پاهای میخواست
بود، کشش پاها برای توصیف علایمشان میکردند. این تشخیص RLS
توصیفاتی که کودک والدینش علایم کلماتی که بکار می
اهمیت زیادی تشخیص . این کودکان طی خسته هستند تقریباً
همگی حرکت پاها کرده بی خوابی % بیمارانی
ارزیابی پلی سومونوگرافی نیز % . نتیجه نهایی
این که : توصیف علایم کودکان بالغین ().

مطالعه کوتاه که امریکا است، سعی ارزیابی
پاتوفیزیولوژی خصوصیات بالینی پاهای بیقرار اختلال حرکت دوره ای اندامها
کمک تشخیص نمایند. این مطالعه
مدرسه که جهت ایندو بررسی پاهای بیقرار داشته
بسیاری ژنتیک مهمی این زمینه ایفا میکند و بدلیل بیماری های همراه
علایم آتیبیک گاهی تشخیص پاهای بیقرار دشواری .

اینرو برای مدیریت بهتر بیمار بررسی پاتوفیزیولوژی ریسک فاکتورها، باید در تنظیم کرایتریای برداشته ().

در یک مطالعه مقطعی که هند
مدرسه برای تکمیل پرسشنامه غربالگری پاهای بیقرار
کرد میان " . % به پاهای بیقرار
احتمالی می . % به پاهای بیقرار احتمالی هستند.
جنسیت آماری معنی ().

بررسی که Happe نیویورک، شیوع پاهای بیقرار
سایر مشکلات کودکان بالغین به دیابت تیپ یک بررسی
. میان کودک به دیابت که به کمک والدین که
پرسشنامه تکمیل که . % کودکان دیابتی پاهای بیقرار
نتیجه این مطالعه اینست که معنی آماری بین افزایش خونی HbA1c
مشکلات ولی میزان انسولین مصرفی مشکلات
ارتباطی نهایتا اینکه معنی داری بین دیابت تیپ پاهای بیقرار
کودکان بالغین . کنترل دیابت به کاهش مشکلات
میشود. ()

مطالعه ای که آمریکا به آهن
پاهای بیقرار ارزیابی که اگر فریتین بیمار کمتر / لیتر
میکرو - mg/kg/dose آهن برای به بیماران

آهن باید

میشود. البته
().

به بهبود
ترنسفرین فریتین

- روش اجرای طرح
- نوع پژوهش
- جامعه پژوهش
- متغیرها

- روش انتخاب نمونه ها و شرایط نمونه گیری
- روش اجرای پژوهش
- روش تجزیه و تحلیل داده ها
- ملاحظات اخلاقی

نوع پژوهش:

این مطالعه از نوع موردی- شاهدهی میباشد.

جامعه پژوهش:

کلیه بیماران تالاسمی ماژور استان قزوین در سال 94- که زیر 18 سال دارند به عنوان موارد در مطالعه و افراد سالم که جنس و سن یکسان دارند به عنوان گروه شاهد. متغیرها:

متغیر داریم. که شامل:

میزان	شاخص توده بدنی	نحوه انجام تکالیف مدرسه
	هموگلوبین، سطح فریتین، مصرف مواد کافئین	تلویزیون
پاهای	فامیلی	پاهای بیقرار
علائم و کرایتریای		
		بیکرار، گروه های مورد بررسی (تالاسمی ماژور و سالم)

متغیر	وابسته	کمی		کیفی		تعریف علمی	مقیاس
		پیوسته	گسسته	اسمی	رتبه ای		
	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			سالهای عمر	سن به سال
	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		بر اساس ظاهر	/
توده بدنی	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				شاخص توده بدنی: /	- : - : اضافه : >
تکالیف مدرسه	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>	انجام تکالیف مدرسه	/ / ضعیف
	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		بررسی از نظر آینه انسدادی، پاراسومنی، خروپف شبانه، بیقراری حین خواب رفتن، بیداری مکرر شبانه بدلیل خواب گردی و	بله/خیر
هموگلوبین	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				میزان هموگلوبین خون mg/dl بیشتر از	بله /خیر
فریتین	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				پد بیشتر از	بله/خیر
مواد کافئین	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		پد	بله / پد
تلویزیون در	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		با پرسش از بیماران	بله /خیر
پدی سندرم پای بیقرار	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		RLS پد	بله/ پد
فامیلی در سندرم پای بیقرار	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		RLS وجود علائم بیمار	بله/خیر
سندرم پای بیقرار	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>	بر اساس کرایتریای IRLSSG()	Probable/ definite /
مطالعه	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		افراد مورد مطالعه اساس تعریفی که در بخش .	بیماران تالاسمی/شاهد

روش انتخاب نمونه ها و حجم نمونه ها:

این مطالعه که ی - شاهدی روی بیماران به تالاسمی قزوین تاریخ (الی شهریور) شده است، با رعایت محدودیت سنی که افراد کمتر از مذکر که میشود هستند. تشخیص پاهای بیقرار کرایتریای (2) IRLSSG میشود. کنترل زیر یکسان، نسبت به گروه. این افراد هیچ بیماری زمینه ای نداشته طی ویزیت پزشک کودکان سلامتی تایید می . تشخیص پاهای بیقرار بیماران به پاهای بیقرار تقسیم می .

کرایتریای ورود به مطالعه: همه بیماران به تالاسمی زیر

کرایتریای خروج از مطالعه : بیمارانی که آنتی دوپامینرژیک دارند، حاملگی، بیمارانی قلبی ریوی غیر بیماری زمینه ای ، نارسایی کلیوی، سابقه الکلی یا تشخیص اخیر تالاسمی کمتر اخیر سابقه استروئید طی اخیر.

ارزیابی طریق تکمیل نامه های : که شامل پرسشنامه International RLS Study Group criteria for the diagnosis of RLS(IRLSG) به منظور ارزیابی شدت سندم پاهای بیقرار پرسشنامه غربالگری سندرم پاهای بیقرار در دو نوع مخصوص نوجوانان و مخصوص کودکان (تکمیل کننده والدین هستند) screening Questionnaire RLS from a Clinical Guide to Pediatric Sleep,Diagnosis and Management of Sleep problems.

از فیلادلفیا جهت بررسی الگوی بیمارانی برگزیده شد. بیمارانی که همه پاهای بیقرار به پاهای بیقرار به صورت قطعی و اگر در حد یا مورد از کرایتریا را دارا باشند : به پاهای بیقرار

پرسشنامه بیماری زمینه ای همزمان که کرایتریای میباید نیز

برای ارزیابی

یم:

بیداری، مدت	کل	بیداری
-------------	----	--------

(مشکلات کہ : مشکل یا .

(مشکلات تنفسی
هفته بیداری
بیشتر > بی خوابی <
بیداری
مشکل
خفگی .
تاخیر
یک
خواهد
دقیقه یا
توانایی
هفته
.

(بهداشت :

به نوشیدن چای، قهوه
تلویزیون، هفته،
بیداری
می

تكاليف مدرسه اين بيماران به / / ضعيف در گروه سنی - سال و بر اساس معدل در سنين بالاتر تقسيم .

بیمارستان قدس در استان قزوین تنها مرکز مراجعه بیماران تالاسمیک استان قزوین جهت ارزیابی و تشخیص و دریافت واحدهای خون ماهانه است. لذا از بیماران در زمانهای دریافت پک سل بصورت حضوری و چهره به چهره سئوالات پرسیده . درباره گروه شاهد نیز از افراد سالمی که مراجعه به درمانگاه جهت ویزیت های سرپایی به دلایل مختلف داشتند و از نظر پزشک محترم متخصص کودکان بیماری دیگری نداشتند که در ارزیابی ما خللی وارد نماید ؛ برگزیده شدند و سئوالات بصورت چهره به چهره پرسیده و درج شد. در مورد افراد زیر سال در هر دو گروه پرسشنامه با سئوال از والدین تکمیل شد. سپس داده ها جمع اوری و با استفاده از نرم SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

ابزار گرد اوری داده ها:

برای گردآوری ها پرسشنامه که پرسشنامه

(International RLS Study Group criteria for the diagnosis of RLS (IRLSG)

به ارزیابی پاهای بیقرار

پرسشنامه غربالگری پاهای بیقرار
کودکان (تکمیل کننده والدین هستند)

screening Questionnaire RLS from a Clinical Guide to Pediatric Sleep, Diagnosis and Management of Sleep problems.

فیلا دلفیا جهت بررسی الگوی بیماران برگزیده .

IRLSSG توسط کمیته تحقیق و بررسی اختلالات خواب آمریکا مورد تأیید میباشد
برای افراد بالای تنظیم شده است. برای شرکت کنندگان زیر سال نیز پرسشنامه توسط استاد محترم راهنما بر اساس معیارهای تشخیص و علائم رایج سندرم پاهای بیقرار در کودکان کم سن و کرایتریای تشخیصی مورد تأیید جهانی

آوری طریق پرسشنامه نالیز اماری به کمک SPSS
 بررسی و مقایسه مقیاس های هر Chi-square
 برای متغیرهای پیوسته میانگین +/- انحراف معیار بیان برای
 متغیرهای غیر پیوسته Corelation t .odd ratio:95%:CI
 P-value کمتر . به می آید.

ملاحظات اخلاقی:

در این مطالعه سعی در رعایت تمام جوانب مسائل اخلاقی را داشتیم. در ابتدای پرسشنامه ضمن معرفی مجری طرح و کار پایان نامه رزیدنتی کودکان و هدف از تکمیل آن که همانا تشخیص پاهای بیقرار میباشد، به عنوان قدم اول و سپس درمان آن و کمک به بهبود کیفیت زندگی این افر به دلیل نحوه تکمیل پرسشنامه که حضوری و چهره به چهره بود به تک تک سئوالات شرکت کنندگان به روشنی پاسخ داده شد تا ابهامی باقی نماند. پرسشنامه بدون نوشتن نام و نام خانوادگی افراد تنظیم شده و با رضایت شخصی توسط افراد تکمیل شده است.

فصل چها

یافته های پژوهش

نتایج:

در این مطالعه نفر از مبتلایان به تالاسمی ماژور زیر سال به عنوان گروه مورد و با رعایت جنس و سن ایشان از گروه شاهد به همان تعداد برگزیدیم. از آن میان به دو گروه کلی سال تقسیم نمودیم و به هریک پرسشنامه متناسب با سن خود را دادیم. در کل نفر از کل آمار نفری مبتلایان به تالاسمی ماژور زیر نفر بین .

- :

میانگین سنی . در گروه شاهد می باشد. که با انحراف معیار . از نظر آماری معنی دار نبود ($p\text{-value}=0.98$). به معنی متناسب بودن سن هر دو گروه در قیاس با هم است.

بودند و در گروه شاهد

بودند که بطور میانگین در گروه بیماران . % . % . تفاوت آماری معنی اهد نیز بطور میانگین . % . % . داری بین انتخاب دو جنس در گروه های شاهد و مورد وجود نداشت. ($p\text{-value}=0.74$)

: میانگین در گروه بیمار و در گروه شاهد سانتی متر که

آماري معنی ($P\text{-value}=0.59$).

: میانگین در گروه بیمار 21 کیلوگرم و در گروه شاهد 26 کیلوگرم که از

نظر آماری معنی دار نبود. ($p\text{-value}=0.53$)

از نظر انجام تکالیف مدرسه (. %) زیر سن مدرسه بودند و بقیه افراد نیز نحوه انجام تکالیف مدرسه شان در هر دو گروه خوب بود. فقط یک نفر در گروه بیماران .

از نظر شاخص توده بدنی: میانگین در گروه بیماران . و در گروه شاهد .
 است که از نظر آماری نیز معنی دار نیست. ($p\text{-value} =$.)

در قسمت سئوالات مربوط به پدر افراد:

در گروه بیماران در سؤال اول؛ (. %) (. %)
 منفی و (. %) نمی دانم را برگزیده بودند. که در مقایسه با گروه شاهد
 (. %) (. %) پاسخ منفی (. %) نمیدانم را
 انتخاب کرده بودند. این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبوده و به معنی شباهت دو
 گروه در این زمینه است. ($p\text{-value}=0.67$).

بیماران	(. %)	(. %)	(. %)
منفی	(. %)	نمی	برگزیده
	که	مقایسه	شاهد
(. %)	(. %)	منفی	هیچکس (. %)
کرده	این	آماري معنی	به معنی شباهت
این زمینه ($p\text{-value}=0.17$).			

بیماران	(. %)	(. %)	(. %)
منفی	(. %)	نمی	برگزیده
	که	درمقایسه	شاهد
(. %)	(. %)	منفی	نمیدانم
کرده	این	آماري معنی	به معنی شباهت
این زمینه ($p\text{-value}=0.60$).			

بیماران	چهارم؛	(. %)	(. %)
منفی	(. %)	نمی	برگزیده
	که	مقایسه	شاهد
هیچکس (0.0 %)	(. %)	منفی	نمیدانم
کرده	این	آماري معنی	به معنی ابتلای به پدران
بیماران به اختلال حرکات خشن در پاها میباشد که نسبت به گروه شاهد بیشتر است و از نظر آماری نیز معنی دار است. ($p\text{-value}=0.05$).			

به :

(% .)	(% .)	بیماران
منفی	منفی (% .)	برگزیده . که مقایسه
شاهد	(% .)	منفی (% .)
نمیدانم	کرده . این	آماري معنی
شباهت	این زمینه	به معنی
(p-value=0.31).		

(% .)	(% .)	بیماران
منفی	منفی (% .)	برگزیده . که مقایسه
(% .)	(% .)	هیچکس (% .)
کرده . این	آماري معنی	به معنی شباهت
این زمینه		
(p-value=0.29).		

(% .)	(% .)	بیماران
منفی	منفی (% .)	برگزیده . که مقایسه
(% .)	(% .)	هیچکس (% .)
کرده . این	آماري معنی	به معنی
این زمینه		
(p-value=0.20).		

(% .)	(% .)	چهارم	بیماران
منفی	منفی (% .)	برگزیده . که مقایسه	شاهد
(% .)	(% .)	منفی	نمیدانم
کرده . این	آماري معنی	به معنی شباهت	این
این زمینه			
(p-value=0.21).			

:

به سؤال اول در گروه بیماران که درباره ساعت به خواب رفتن کودک در شبها میباشد:
بطور میانگین در ساعت . و بطور میانگین در گروه شاهد در . می
. در گروه بیماران دیرتر به خواب میروند. که این تفاوت از نظر آماری معنی دار است.
(p-value=0.02).

به سؤال دوم که درباره ساعت بیدار شدن کودک در هر صبح میباشد ، در گروه بیماران
بطور میانگین در ساعت . و در گروه شاهد در ساعت . میباشد. که این
آماري معنی دار است و در بیماران دیرتر بیدار میشوند. (p-value=0.001)

به سؤال سوم که درباره مدت زمان کلی خواب هر شب میباشد در گروه بیماران .
ساعت و در گروه شاهد . میباشد. در گروه بیماران مدت زمان کلی خواب بیشتر است اما
این تفاوت از نظر آماری معنی دار نیست. (p-value=0.5).

در سؤال چهارم که درباره چرت زدن کودک در طی روز میباشد در گروه بیماران
(. . %) پاسخ منفی دادند. در گروه شاهد
(. . %) پاسخ منفی دادند. در گروه بیماران میزان
نه بیشتر است و این اختلاف از نظر آماری معنی دار .
(p-value=0.02).

در سؤال چهار قسمت الف که در صورت پاسخ بله در سؤال قبل تکمیل میشد تعداد
روزهای هفته را که کودک در آنها چرت میزند سؤال شده است که در گروه بیماران که
چرت روزانه داشتند بطور میانگین در هفته و در گروه شاهد کمتر از یک روز در
هفته چرت میزدند. که از نظر آماری معنی دار نیست (p-value=0.55).

درباره مصرف مواد کافئین دار از قبیل چای ، قهوه، شکلات، نوشابه در
یکساعت قبل خواب سؤال شده است که در گروه بیماران : (. . %)
(. . %) پاسخ منفی دادند. و در گروه شاهد (. . %)

(84.2%) پاسخ منفی دادند. تفاوت آشکاری در این موضوع بین دو گروه مشهود است که از نظر آماری نیز معنی دار است.

(p-value=0.03)

در سؤال پنجم قسمت الف؛ که در صورت پاسخ مثبت به سؤال قبل تکمیل میشد و در باره تعداد روزهای هفته ای که کودک مصرف مواد کافئین دار یک ساعت قبل از خواب را دارد سؤال شده بود، در گروه بیماران نزدیک روز در هفته و در گروه شاهد کمتر از در هفته بود که تفاوت چندانی از نظر آماری نداشت. (pvalue=0.6)

ویزیون در اطاق خواب کودک بود که در میان بیماران (. %) پاسخ بله دادند و (. %) پاسخ خیر و در گروه شاهد (. %) پاسخ بله و (. %) پاسخ خیر دادند. که این تفاوت از نظر آماری معنی دار است (p-value=0.02).

در سؤال ششم قسمت الف که در صورت جواب مثبت سؤال قبل باید تکمیل میشد درباره اینکه چند شب از هفته قبل از خواب تلویزیون می بینند در گروه بیماران نزدیک به سه روز در هفته و در گروه شاهد کمتر از یک روز در هفته، بطور میانگین تلویزیون می بینند. این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبوده است. (p-value=0.69)

در سؤال هفتم درباره ورزش کردن در طی روز سؤال شده است که در گروه بیماران (. %) پاسخ مثبت و نیز (21.1%) پاسخ منفی دادند. این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبوده است. (p-value=0.08)

در سؤال هفتم قسمت الف که در صورت پاسخ مثبت به سؤال قبل تکمیل میشد؛ به این امر که چند روز از هفته خواب ورزش میکنند در گروه بیماران . روز در هفته و در گروه شاهد . (نزدیک دو روز) در هفته به طور میانگین ورزش میکنند که این تفاوت از نظر آماری معنی دار نیست. (p-value=0.52)

سؤال هشتم درباره وجود تاخیر در به خواب رفتن کودک سؤال شده بود که (. %) بیماران پاسخ بله و (. %) پاسخ خیر دادند. از گروه شاهد نیز (. %) بله دادند و (. %) پاسخ خیر دادند؛ که این تفاوت از نظر آماری معنی دار نیست (p-value=0.09).

وال هشتم قسمت الف که در صورت پاسخ مثبت به سؤال قبلی تکمیل شده پاسخ اینکه چند شب از هفته در به خواب رفتن تاخیر وجود دارد، در گروه بیماران . شب تاخیر به صورت میانگین در هفته و در گروه شاهد شب در هفته تاخیر دارند. این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبوده است. (p-value=0.68)

سؤال نهم درباره اینکه آیا کودک بیداری مکرر در طی خواب دارد یا خیر در گروه بیماران (. %) جواب مثبت و جواب منفی (. %) . شاهد این میزان، (. %) (. %) پاسخ منفی بوده که تفاوت از نظر آماری معنی دار نیست. (p-value=0.46)

در سؤال نهم قسمت الف که در صورت پاسخ مثبت به سؤال قبل تکمیل میشد در گروه بیماران شب از هفته بیداری مکرر در خواب بطور میانگین دارند. و این میزان در گروه شاهد کمتر از یک شب در هفته بود که از نظر آماری معنی دار نبود. (p-value=0.52)

وجود تکلم یا خواب گردی در طی خواب بود که در هیچ یک از موارد خواب گردی وجود نداشت در هردو گروه. درباره تکلم در خواب در گروه بیماران (. %) (. %) پاسخ منفی دادند. در گروه شاهد این میزان؛ (. %) (. %) پاسخ منفی بود. این تفاوت از نظر آماری معنی و در گروه شاهد آمار تکلم در خواب بالاتر است. (p-value=0.02).

قسمت الف در پاسخ به اینکه چند در هفته تکلم در خواب دارند، در مورد کسانی که پاسخ مثبت به سؤال قبلی داده بودند، در گروه بیماران کمتر از یک شب در هفته و در گروه شاهد نزدیک به دو شب در هفته تکلم در خواب داشتند. که این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود. (p-value=0.57)

درباره داشتن خروپف در خواب در گروه بیماران (. %) (. %) پاسخ منفی دادند. این میزان در گروه شاهد (. %) (. %) پاسخ منفی بود. این تفاوت از نظر آماری معنی دار است. (p-value=0.008)

قسمت الف در پاسخ به اینکه چند شب از هفته خروپف دارد که در صورت پاسخ مثبت به سؤال قبلی پر شده است بیماران . شب از هفته و گروه شاهد . از هفته بطور میانگین خروپف داشتند که این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود. مجموع کمتر از یک شب در هفته در هر دو گروه بود. (p-value=0.45)

درباره علائم همراه در بیمار که در صورت وجود سندرم پاهای بیقرار رخ میدهد دو سؤال مطرح شد که سؤال اول درباره اینکه آیا کودک تا کنون دردهای رشدی را تجربه کرده است؛ در گروه بیماران (. %) پاسخ هرگز (. %) پاسخ مکررا را دادند. در گروه شاهد: (. %) هرگز (. %) گاهی هیچکس (. %) مکررا . این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود. (p-value=0.7)

دوم در این زمینه درباره وجود گزگز یا خارش یا مور مور شدن یا احساس خاص مشابه دیگری در پاهای کودک بود که بیماران (. %) هرگز (. %) گاهی (. %) مکررا . شاهد (. %) هرگز، (. %) مکررا (. %) گاهی هیچکس (. %) مکررا این. آماری معنی (p-value=0.4).

سؤالات کرایتریای تشخیص سندرم پاهای بیقرار :

بطور کلی شیوع پاهای بیقرار قطعی بین جمعیت بیماران هیچکس (. %) شیوع پاهای بیقرار احتمالی بیماران (. %) . شیوع به پاهای بیقرار احتمالی نیز هیچکس (. %) (.)

شاهد نیز شیوع پاهای بیقرار قطعی بین جمعیت شاهد هیچکس (. %) شیوع پاهای بیقرار احتمالی جمعیت شاهد (. %) . شیوع به پاهای بیقرار احتمالی نیز (. %) (.)

لازم به ذکر است که وجود تمام علائم گانه در فرد به معنی سندرم پای بیقرار قطعی و یا علامت به معنی سندرم پاهای بیقرار احتمالی و وجود علامت به معنی وجود خطر احتمال ابتلا به سندرم مذکور است. در این گروه سنی مقایسه ابتلای بیماران نسبت به شاهد بالاتر و از نظر آماری نیز معنی دار است (p-value=0.01).

در ادامه سؤالات که درباره سایر علائم احتمالی سندرم پاهای بیقرار است :

راجع به ناآرام بودن کودک در حین خواب که شامل (کوبیدن پا به تخت یا دیوار، رد کردن پتو، افتادن از تخت) میباشد در گروه بیماران: (. %) هرگز، (. %) پاسخ به ندرت، (. %) پاسخ گاهی اوقات،

(. %) پاسخ مکررا داده اند . در مقابل در گروه شاهد : (. %) هرگز (. %) به (. %) گاهی (. %) مکررا . که این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبوده (p-value=0.38).

درباره ناآرامتر بودن کودک نسبت به کودکان هم سن وی :

در گروه بیماران (. %) هرگز (. %) به (. %) گاهی (. %) مکررا . شاهد : (. %) هرگز (. %) به (. %) گاهی (. %) مکررا . که این آماری معنی (p-value=0.59).

سؤال که درباره علامتدار بودن افراد درجه اول خانواده بود ، در گروه بیماران (. %) پاسخ مثبت دادند که در توضیحات درج شده است (یک نفر عمه کودک، یک نفر مادر بزرگ کودک، یک نفر عموی کودک ، یک نفر پدر بزرگ بیمار) علائم سندرم پاهای بیقرار داشته اند (طبق گزارش والدین). به این سؤال در گروه بیماران (. %) پاسخ منفی .

به سؤال در گروه شاهد: (. %) که توضیحات (خاله کودک، یک دایی کودک، یک عموی کودک ، یک بیمار، یک نفر عمه کودک) پاهای بیقرار داشته (والدین).

به این شاهد (. %) منفی .

این تفاوت از نظر آماری معنی دار نیست. (p-value=0.7)

درباره اینکه آیا مشکل اختصاصی که افراد درجه اول خانواده را گرفتار کرده است یا خیر سؤال شده است که در گروه بیماران (. %) دادند و در توضیحات نوشته اند که (تاخیر در شروع خواب در مادر کودک، بیداری

مکرر در پدر کودک و تکان دادن پاها در پدر، حرکات پرتابی خشن در حین خواب در پدر کودک) در هر کدام از آن به این سؤال (. %) هم پاسخ منفی دادند.

در گروه شاهد (. %) توضیحات نوشته (تکان دادن پاها در پدر کودک، سحرخیزی در مادر کودک) .

به این سؤال (. %) هم منفی .

تفاوت بین دو گروه از نظر آماری معنی دار نیست. ($p\text{-value}=0.37$)

درباره میزان مصرف غذاهای حاوی کافئین بطور متوسط در کودک بود که در گروه بیماران (. %) پاسخ هرگز، (. %) پاسخ مکرر را داده اند. در مقایسه با گروه شاهد: (. %) هرگز، (. %) گاهی (. %) مکرر . که از نظر آماری معنی دار نیست. ($p\text{-value}=0.54$)

در باره تشخیص بیماری کم خونی دهنده خاص سؤال شده بود که از گروه بیماران همگی پاسخ مثبت دادند (. %) و در توضیحات تالاسمی ماژور را ذکر کردند. و در گروه شاهد (. %) وضعیت سالم را ذکر نمودند. آماری معنی دار است. ($p\text{-value}=0.00$)

میزان هموگلوبین فریتین در گروه بیماران چک . آنالیز گرفته
هموگلوبین mg/dl حداکثر mg/dl میانگین . mg/dl برای فریتین
حداکثر میانگین می .

این مطالعه Correlation Analysis در زمینه میانگین سطح هموگلوبین و فریتین گروه بیماران، با تک تک سؤالات عادات خواب انجام شد با این تفسیر که اگر $P\text{-value}$ در هر سؤال ارزشمند باشد ارتباط بین میانگین هموگلوبین و فریتین Correlation Analysis عددی بین صفر تا یک خواهد شد.

میانگین هموگلوبین و میانگین فریتن هر یک از و بهداشت
در بیماران: (میانگین هموگلوبین را . mg/dl و میانگین فریتن
گرفتیم.)

میانگین هموگلوبین با ساعت خواب شبانه (p-value =0.62) نیست
ارتباط فریتن با این سؤال نیز (p-value= .) Correlation برای
هر دو متغیر بی معنی است و ارتباطی بین میانگین هموگلوبین و فریتن با
بیماران .

میانگین هموگلوبین بیدار هر (p-value =0.62)
نیست فریتن این نیز (P-value=0.32) Correlation
برای هر دو متغیر بی معنی ارتباطی بین میانگین هموگلوبین فریتن بیدار
بیماران .

میانگین هموگلوبین کلی شبانه (p-value =0.27)
نیست فریتن این نیز (P-value=0.68)
Correlation برای هر دو متغیر بی معنی ارتباطی بین میانگین هموگلوبین
فریتن کلی شبانه .

درباره آن دسته از سؤالات که پاسخ بله و خیر دارند:

ارتباط میانگین هموگلوبین و فریتن را با پاسخ مثبت به سؤالات ارزیابی نمودیم که در
:

در طی روز :

(. %) که میانگین هموگلوبین ایشان . mg/dl میباشد
(. %) منفی که میانگین هموگلوبین . mg/dl (p-value=0.47)

میانگین فریتین . به این میباید میانگین فریتین
برای منفی . (p-value=0.09)

آماري ارزشمندی بین میزان هموگلوبین فریتین روزهایی که
هفته میزنند .

درباره مصرف چایی و قهوه قبل از خواب :

(. %) که میانگین هموگلوبین ایشان . mg/dl میباید
(. %) منفی که میانگین هموگلوبین 8.55 (p-value=0.23)
mg/dl میانگین فریتین به این 1681 میباید
میانگین فریتین برای منفی 2357 (p-value=0.4)

آماري ارزشمندی بین میزان هموگلوبین فریتین چایی
قهوه .

در باره وجود تلویزیون در اتاق کودک:

(. %) که میانگین هموگلوبین ایشان . mg/dl میباید
(. %) منفی که میانگین هموگلوبین . (p-value=0.75)
mg/dl میانگین فریتین به این 2170 میباید
میانگین فریتین برای منفی 1854 (p-value=0.67)

آماري ارزشمندی بین میزان هموگلوبین فریتین تلویزیون
کودک .

تاخیر در بخواب رفتن:

میباشد	که میانگین هموگلوبین ایشان 8.06 mg/dl	(. %)
	که میانگین هموگلوبین (p-value=0.07) mg/dl	منفی (. %)
میباشد	به این	8.86 . میانگین فریتین
	(p-value=0.2)	منفی فریتین برای
تلویزیون	فریتین	آماري ارزشمندی بین میزان هموگلوبین
		کودک .

در راستای ارزیابی Correlation analysis ارتباط تک تک متغیرها را با ابتلای به سندرم پاهای بیقرار هر دو گروه ارزیابی کردیم (منظور آن دسته از افرادی ست که حداقل به سؤال از کرایتریای تشخیصی سندرم پاهای بیقرار جواب مثبت داده حداقل مبتلا به سندرم پای بیقرار احتمالی بودند).

میان بیماران تالاسمیک (. %) پای بیقرار که میانگین سنی آنها . میباشد افرادی که پای بیقرار (. %) میباشد که میانگین سنی برایشان 6.7 . که p-value=0.73 آماری معنی نیست ارتباطی بین به پای بیقرار .

میان بیماران تالاسمیک (. %) پای بیقرار که میانگین
 سانتی متر میباشد افرادی که پای بیقرار (. %) آماری
 میباشد که میانگین برایشان که $p\text{-value}=0.90$.
 معنی نیست ارتباطی بین به پای بیقرار .

میان بیماران تالاسمیک (. %) پای بیقرار که میانگین
 وزنی آنها کیلوگرم میباشد افرادی که پای بیقرار (. %) آماری
 میباشد که میانگین برایشان کیلوگرم که $p\text{-value}=0.46$.
 معنی نیست ارتباطی بین به پای بیقرار .

در این سنی میان بیماران تالاسمیک (. %) پای بیقرار
 که میانگین بدنی آنها میباشد افرادی که پای بیقرار
 (. %) میباشد که میانگین این برایشان . که

$p\text{-value}=0.17$ آماری معنی نیست ارتباطی بین
 بدنی به پای بیقرار .

میان بیماران تالاسمیک (. %) پای بیقرار که میانگین
 هموگلوبین آنها mg/dl میباشد افرادی که پای بیقرار
 (. %) میباشد که میانگین هموگلوبین برایشان 8.4 mg/dl . که $p\text{-value}=0.62$
 آماری معنی نیست ارتباطی بین هموگلوبین به پای بیقرار .

میان بیماران تالاسمیک (. %) پای بیقرار که میانگین
 فریتین آنها میباشد افرادی که پای بیقرار (. %) میباشد
 که میانگین برایشان که $p\text{-value}=0.97$. آماری معنی نیست
 ارتباطی بین فریتین به پای بیقرار .

میان بیماران تالاسمیک (. %) پای بیقرار که به طور میانگین شب به خواب میروند و افرادی که پای بیقرار (. %) میباشند که به طور میانگین شب به خواب میروند. که $p\text{-value}=0.28$ آماری معنی نیست ارتباطی بین ساعت به خواب رفتن با ابتلای به پای بیقرار .

میان بیماران تالاسمیک (. %) پای بیقرار که به میانگین بیدار میشوند افرادی که پای بیقرار (. %) میباشند که به طور میانگین صبح بیدار میشوند. که $p\text{-value}=0.6$ آماری معنی نیست ارتباطی بین بیدار شدن در صبح ابتلای به پای بیقرار .

میان بیماران تالاسمیک (. %) پای بیقرار که به میانگین خواب شبانه داشتند افرادی که پای بیقرار (. %) میباشند که به طور میانگین خواب شبانه داشتند. که $p\text{-value}=0.98$ آماری معنی نیست ارتباطی بین میزان خواب شبانه ابتلای به پای بیقرار .

شاهد:

در این سنی میان گروه شاهد (. %) پای بیقرار که بدنی میباشد افرادی که پای بیقرار (. %) میباشند که میانگین این برایشان . که $p\text{-value}=0.57$ آماری معنی نیست ارتباطی بین بدنی به پای بیقرار .

میان گروه شاهد (. %) پای بیقرار که
 میباشد افرادی که پای بیقرار (. %) میباشد که میانگین
 سنی برایشان . که $p\text{-value}=0.39$ آماری معنی نیست
 ارتباطی بین به پای بیقرار .

میان شاهد (. %) پای بیقرار که
 سانتی متر میباشد افرادی که پای بیقرار (. %) میباشد که
 میانگین قدی برایشان سانتی متر . که $p\text{-value}=0.43$ آماری معنی
 نیست ارتباطی بین به پای بیقرار .

میان شاهد (. %) پای بیقرار که
 کیلوگرم میباشد افرادی که پای بیقرار (. %) میباشد که
 میانگین برایشان کیلوگرم . که $p\text{-value}=0.49$ آماری معنی
 نیست ارتباطی بین به پای بیقرار .

میان شاهد (. %) پای بیقرار که
 کیلوگرم میباشد افرادی که پای بیقرار (. %) میباشد که
 میانگین برایشان کیلوگرم . که $p\text{-value}=0.49$ آماری معنی
 نیست ارتباطی بین به پای بیقرار .

میان گروه شاهد (. %) پای بیقرار که
 به میرود افرادی که پای بیقرار (. %) میباشد که
 که به طور میانگین . به میروند. که $p\text{-value}=0.11$
 آماری معنی نیست ارتباطی بین به ابتلای به پای
 بیقرار .

میان گروه شاهد 1 (. %) پای بیقرار که به
 بیدار میشود افرادی که پای بیقرار
 (. %) میباشند که به طور میانگین . بیدار میشوند. که p-
 value=0.76 آماری معنی نیست ارتباطی بین بیدار شدن
 ابتلای به پای بیقرار .

میان گروه شاهد (. %) پای بیقرار که به
 میانگین شبانه افرادی که پای بیقرار
 (. %) میباشند که به طور میانگین شبانه . که p-
 value=0.58 آماری معنی نیست ارتباطی بین میزان
 ابتلای به پای بیقرار .

نهایتاً در مقایسه بین دو گروه بیماران و شاهد در ابتلای به سندرم پای بیقرار با داشتن
 تا از کرایتیریا (سندرم پاهای بیقرار احتمالی) در گروه بیماران
 شاهد نفر مبتلا به پای بیقرار داریم که این تفاوت از نظر آماری نیز معنی دار است و در
 بیما (p-value=0.01).

- :

میانگین سنی . شاهد می . که
 معیار 1.9 آماری معنی (p-value=0.93) به معنی
 هر قیاس هم .
 5 15 شاهد 5 15
 که میانگین بیماران 25% 75% . شاهد 15

نیز میانگین 5% 75% . آمار معنی داری بین
های شاهد (p-value=1).

میانگین : بیمار 155 شاهد 165 سانی که
آماري معنی (P-value=0.00).

(به دلیل کوتاهی قدی که بطور عمومی در بیماران تالاسمی ماژور وجود دارد که در پاتوفیزیولوژی بیماری مطرح است و حتی خیلی از ایشان نیازمند هورمون رشد نیز هستند.)

میانگین: بیمار . کیلوگرم شاهد کیلوگرم که
آماري معنی (p-value=0.04).

بیماران نسبت به گروه شاهد در همان سن و جنس وزن کمتری داشتند.
در قسمت آخرین معدل تحصیلی در گروه بیماران بطور . میانگین و در گروه شاهد . بود که از نظر آماری معنی دار است و در گروه شاهد معدل بالاتر است.
(pvalue=0.01)

بدنی: میانگین بیمار . شاهد . که
آماري معنی (p-value=0.87).

بیماران		برگزیده		مقایسه		شاهد	
(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
منفی	(%)	منفی	(%)	منفی	(%)	منفی	(%)
مثبت	(%)	مثبت	(%)	مثبت	(%)	مثبت	(%)

کرده . این آماری معنی
این زمینه (p-value=0.2).

بیماران 9 (45 %) 10 (50 %)
منفی 1 (5 %) نمی برگزیده . که مقایسه شاهد
(50 %) (45 %) منفی (5 %) نمیدانم
کرده . این آماری معنی
این زمینه (p-value=0.9).

بیماران 4 (20 %) 13 (65 %)
منفی (15 %) نمی برگزیده . که درمقایسه شاهد
5 (25 %) 12 (60 %) منفی 3 (15 %) نمیدانم
کرده . این آماری معنی
این زمینه (p-value=0.9).

بیماران چهارم؛ 1 (5 %) 15 (75 %)
منفی 4 (20 %) نمی برگزیده . که مقایسه شاهد
(25 %) (75 %) منفی هیچکس (0.0 %) نمیدانم
کرده . این آماری معنی
شاهد به حرکات پاهای می باشد که به شاهد بیشتر
آماري نیز معنی
(p-value=0.03).

به :

بیماران (%) (%)
منفی (%) نمی برگزیده . که مقایسه شاهد،
(%) (%) منفی (%) نمیدانم کرده

این . آماری معنی به معنی شباهت این زمینه . (p-value=0.43).

بیماران 8 (40 %) منفی (55 %) شاهد: 7 (35 %)
 (5 %) نمی برگزیده که مقایسه 1 (55 %) منفی (10 %) نمیدانم کرده
 این . آماری معنی به معنی شباهت این زمینه . (p-value=0.8).

بیماران 5 (25 %) منفی (60 %) شاهد: 7 (35 %)
 (30 %) 9 (45 %) منفی (25 %) نمیدانم کرده
 این . آماری معنی به معنی شباهت این زمینه . (p-value=0.6).

بیماران چهارم؛ 4 (20 %) 12 (60 %) شاهد: 5
 منفی 4 (20 %) نمی برگزیده که مقایسه 3 (15 %) نمیدانم کرده
 (25 %) 12 (60 %) منفی 3 (15 %) نمیدانم کرده
 این . آماری معنی به معنی شباهت این زمینه . (p-value=0.8).

در سئوالات مربوط به :

در سؤال اول که تعداد روزهای هفته را که در آن چرت میزنند، سؤال شده بود ؛
 درگروه بیماران بطور میانگین . روز در هفته و در گروه شاهد . روز در هفته
 چرت میزنند. که از نظر آماری این اختلاف معنی دار نیست. (p-value=0.59)

در سؤال دوم تعداد روزهای هفته را که در آن هر صبح در ساعت مشخصی بیدار میشوند، سؤال شده بود؛ در گروه بیماران . روز و در گروه شاهد . میانگین بود که این اختلاف از نظر آماری معنی دار نیست. ($p\text{-value}=0.64$)

در سؤال سوم که تعداد روزهای هفته که در ساعت مشخصی از شب بخواب میروند سؤال پرسیده بودیم: در گروه بیماران . از شبها در هفته و در گروه شاهد . شبها، بطور میانگین بود که از نظر آماری ارزشمند نیست. ($p\text{-value}=0.8$)

ای به معنی مشابهت و بیداری و چرت روزانه .

در سؤال چهارم که مصرف مواد کافئین دار در یکساعت قبل از خواب را سؤال نمودیم، در گروه بیماران . شب در هفته و در گروه شاهد . از شبها بطور میانگین بود. که از نظر آماری ارزشمند نیست. ($p\text{-value}=0.15$)

پنجم که درباره دیدن تلویزیون در رختخواب در چند شب هفته است در گروه بیماران . شب در هفته و در گروه شاهد . شب در هفته بطور میانگین بود. که از نظر آماری ارزشمند نیست. ($p\text{-value}=0.08$)

درباره تعداد شبهای هفته که در جایی بجز رختخواب خود بخواب میروند سؤال شده بود که در گروه بیماران شب و در گروه شاهد . این میزان از نظر آماری معنی دار است ($p\text{-value}=0.01$). در گروه شاهد بیشتر است.

سؤال هفتم درباره تکلم و خواب گردی فرد میباشد که براساس اظهار نظر خانواده است و فقط یک نفر در گروه شاهد خواب گردی در هر ماه یک یا دو شب دارد ولی در گروه بیماران کسی خواب گردی نداشت. در مورد تکلم در خواب در گروه بیماران () (%) جواب منفی دادند . در گروه شاهد () (%) جواب منفی دادند . که این تفاوت نیز از نظر آماری معنی دار نیست. ($p\text{-value}=0.7$)

در سؤال هفتم قسمت الف که در صورت پاسخ مثبت به سؤال قبل تکمیل میشد درباره اینکه تکلم در خواب را در چند شب از هفته دارند سؤال شده بود که در گروه بی

بطور میانگین در . شب ز هفته و در گروه شاهد در . شب از هفته دارند. این تفاوت از نظر آماری معنی دار نیست. ($p\text{-value}=0.48$)

سؤال هشتم وجود خروپف در خواب) (سؤال شده بود که در گروه بیماران (%) () منفی دادند. شاهد (%) () جواب منفی دادند. که از نظر آماری معنی دار نیست. ($p\text{-valu}=0.2$)

در قسمت الف از سؤال هشتم که در صورت پاسخ مثبت دادن فرد در سؤال قبلی تکمیل میشد تعداد شبهای هفته که در آن خروپف دارند سؤال شده بود که در گ بیماران بطور میانگین . شب در هفته و در گروه شاهد . شب در هفته را بطور میانگین داشتند. این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود. ($p\text{-value}=0.72$)

سؤال نهم از وجود دردهای رشد در فرد سؤال شده بود که در گروه بیماران (%) هرگز و (%) کمتر از یک بار د (%) مکررا و (%) فقط در گذشته را انتخاب کرده بودند.

در گروه شاهد نیز (%) هرگز (%) کمتر یک (%) مکررا (%) گذشته کرده. که این تفاوت از نظر آماری معنی دار نیست. ($p\text{-value}=0.4$)

گروه سؤالات مربوط به کرایتریای سندرم پاهای بیقرار در :
بیماران (%) جواب بله و (%) جواب خیر دادند. در گروه شاهد نیز (%) جواب بله (%) جواب خیر و (%) جواب نمی دانم . این آماری معنی نیست. ($p\text{-value}=0.19$)

بیماران (%) بله (%) خیر (%) جواب نمی دانم . شاهد نیز (%)

بله () (%) خیر () (%) نمی . این
آماري معنی نیست. (p-value=0.5)

بیماران () (%) بله () (%)
خیر () (%) نمی . شاهد نیز () (%)
بله () (%) خیر () (%) نمی . این
آماري معنی نیست. (p-value=0.45)

در سؤال چهارم ، بیماران () (%) بله () (%)
خیر هیچکس () (%) نمی . شاهد نیز () (%)
بله () (%) خیر هیچکس () (%) نمی . این
آماري معنی نیست. (p-value<001) دو گروه از نظر این سؤال
مشابهند.

بیماران () (%) بله () (%)
خیر () (%) نمی . شاهد نیز () (%) بله
() (%) خیر () (%) نمی . این
آماري معنی نیست. (p-value=0.07)

بیماران () (%) بله () (%)
خیر () (%) نمی . شاهد نیز () (%) بله
() (%) خیر هیچکس () (%) نمی . این
آماري معنی نیست. (p-value=0.19)

بطورکلی شیوع سندرم پاهای بیقرار قطعی در بین جمعیت بیماران () (%)
شیوع سندرم پاهای بیقرار احتمالی در بیماران () (%) .
شیوع افراد در معرض خطر ابتلا به سندرم پاهای بیقرار احتمالی نیز () (%)

در گروه شاهد نیز شیوع پاهای بیقرار قطعی بین جمعیت شاهد () %
() شیوع پاهای بیقرار احتمالی جمعیت شاهد () % .

شیوع به پاهای بیقرار احتمالی نیز (%)
 . به ذکر که گانه به معنی پای بیقرار
 قطعی یا به معنی پاهای بیقرار احتمالی
 به معنی به مذکور شیوع سندرم پای بیقرار در
 میان بیماران در این گروه سنی با گروه شاهد تفاوت معنی داری نظر آماری
 (P-value=0.7).

در پرسشنامه بررسی شدت سندرم پای بیقرار در افراد که مبتلایان به سندرم مذکور آنرا تکمیل نمودند:

تخمین میزان شدت ناراحتی فرد از بیقراری اندامها: گروه بیماران،
 (%) جواب خیلی شدید، (%) جواب شدید، (%)
 (%) جواب خفیف، (%) جواب هرگز را دادند.
 در گروه شاهد نیز: (%) خیلی شدید، (%) شدید،
 (%) خفیف (%) هرگز

که از نظر آماری معنی دار نیست. (p-value=0.5)

تخمین میزان احساس نیاز فرد به تکان دادن اندامها: بیماران،
 هیچکس (%) خیلی شدید، (%) شدید، (%)
 (%) خفیف (%) هرگز .
 شاهد نیز: (%) خیلی شدید، 3 (15%) شدید،
 (%) 6 (30%) خفیف 3 (15%) هرگز
 که آماری معنی نیست. (p-value=0.19)

تخمین میزان کاهش ناراحتی فرد با تکان دادن دست یا پا:
 بیماران، (%) خیلی شدید، (%) شدید، (%)
 (%) خفیف (%) هرگز .

شاهد نیز: () (%) خیلی شدید، () (%) شدید،
() (%) خفیف () (%) هرگز

که آماری معنی نیست. (p-value=0.6)

سؤال چهارم: تخمین میزان شدت اختلال خواب با داشتن بیقراری دستها و پاها:
بیماران، () (%) خیلی شدید، هیچکس () (%) شدید،
() (%) خفیف () (%) هرگز

شاهد نیز: هیچکس () (%) خیلی شدید، () (%) شدید،
() (%) خفیف () (%) هرگز

که آماری معنی نیست. (p-value=0.2)

: در پاسخ به میزان تخمین شدت بیقراری دستها و پاها: بیماران،
هیچکس () (%) خیلی شدید، () (%) شدید، () (%)
() (%) خفیف () (%) هرگز
شاهد نیز: () (%) خیلی شدید، () (%) شدید،
() (%) خفیف () (%) هرگز

که آماری معنی نیست. (p-value=0.39)

در سؤال هفتم در پاسخ به اینکه چندبار در هفته دچار علائم بیقراری اندامها میشوند:

در گروه بیماران : هیچکس (. %) بسیاری از اوقات، (%) در هفته ،
 (%) بعضی از اوقات ؛ - روز در هفته، (%) هرگز را جواب دادند.

در گروه شاهد: (%) بسیاری (%) بعضی
 - هفته، (%) هفته (%) هرگز

که از نظر آماری معنی دار نیست. (p-value=0.6)

هشتم ؛ در پاسخ به اینکه در هر بار که دچار علائم دستها یا پاها میشوید چقدر طول میکشد؟

در گروه بیماران: هیچکس (. %) خیلی شدید ؛ بیشتر از

(%) شدید ؛ شدید

(%)

(%) خفیف ؛ کمتر از

(%) هرگز

در گروه شاهد : (%) خیلی شدید بیشتر

(%) شدید

(%)

(%) خفیف ؛ کمتر

(%) هرگز

که این تفاوت از نظر آماری معنی دار نیست. (p-value=.1)

نهم :میزان تاثیر داشتن علائم بیقراری دستها و پاها در فعالیت های روزانه:

در گروه بیماران:

(% خیلی زیاد

(% زیاد

(%)

(% کم

هیچکس (% . هرگز

در گروه شاهد:

هیچکس (% . خیلی زیاد

(% زیاد

(%)

(% کم

هیچکس (% . هرگز

این آماری معنی هست. ($p\text{-value}=0.02$)

سؤال دهم میزان اختلال خلقی فرد ناشی از بیقراری دستها و پاها :

(شامل افسردگی ، عصبانیت ، غمگینی، اضطراب ، تحریک پذیری است)

بیماران:

هیچکس (% . خیلی زیاد

(% زیاد)

(%)

(% کم)

(% هرگز)

شاهد:

(% خیلی زیاد)

(% زیاد)

(%)

(% کم) 6

(% هرگز)

این آماری معنی نیست. (p-value=0.07)

میزان هموگلوبین فریتین بیماران چک . آنالیز گرفته
هموگلوبین mg/dl حداکثر mg/dl میانگین . برای فریتین
حداکثر میانگین می .

این مطالعه Correlation Analysis زمینه هموگلوبین فریتین تک تک
این تفسیرکه P-value هر

Correlation Analysis بین هموگلوبین و فریتین
عددی بین یک خواهد .

میانگین هموگلوبین میانگین فریتین هریک بهداشت
 بیماران: (میانگین هموگلوبین برای . mg/dl و میانگین فریتین
 گرفتیم).

میانگین هموگلوبین میانگین فریتین طی :

میانگین هموگلوبین این (p-value=0.42) نیست .

میانگین فریتین این نیز (p-value=0.19) نیست

Correlation برای هردو متغیر بی معنی . ارتباطی بین میانگین هموگلوبین
 فریتین بیماران طی .

میانگین هموگلوبین میانگین فریتین بیدار در هر روز :

میانگین هموگلوبین این (p-value=0.63) نیست. میانگین

فریتین این نیز

(p-value=0.85) نیست Correlation برای هردو متغیر بی

معنی . ارتباطی بین میانگین هموگلوبین و فریتین بیدار

در هر روز بیماران .

میانگین هموگلوبین میانگین فریتین خوابیدن هر شب:

میانگین هموگلوبین این (p-value=0.14) نیست .

میانگین فریتین این نیز

(p-value=0.84) Correlation برای هردو متغیر بی معنی . ارتباطی

بین میانگین هموگلوبین فریتین خوابیدن هر شب بیماران .

میانگین هموگلوبین میانگین فریتین کافئین یکساعت
:

میانگین هموگلوبین این (p-value=0.9) نیست. میانگین
فریتین این نیز (p-value=0.79) نیست Correlation
برای هر دو متغیر بی معنی. ارتباطی بین میانگین هموگلوبین و فریتین
کافئین یکساعت بیماران .

میانگین هموگلوبین میانگین فریتین دیدن تلویزیون
:

میانگین هموگلوبین این (p-value=0.53) نیست. میانگین
فریتین این نیز (p-value=0.36) نیست Correlation
برای هر دو متغیر بی معنی. ارتباطی بین میانگین هموگلوبین و فریتین دیدن
تلویزیون بیماران .

میانگین هموگلوبین میانگین فریتین خوابیدن مکانی خویش:

میانگین هموگلوبین این (p-value=0.004) این میزان آماری
Correlation برای محاسبه میباید
بیماران کسانی که هموگلوبین پایین تری بیشتر مکانهایی
میخواهند. میانگین فریتین این

(p-value=0.88) نیست Correlation برای بی معنی
ارتباطی فریتین بیماران .

راستای ارزیابی Correlation analysis تک تک متغیرها ابتلای به
پاهای بیقرار در هر ارزیابی کردیم (دسته افرادی که

به کرایتریای تشخیصی پاهای بیقرار
به پای بیقرار احتمالی (.

در گروه بیماران مجموعاً () ابتلا به حداقل تا از کرایتریا داشتند که میانگین سنی شان . () مبتلا نبودند که میانگین سنی شان .
بود ارتباطی بین سن و ابتلا به سندرم پاهای بیقرار در این گروه سنی در میان بیماران (p-value=0.56).

بیماران () به کرایتریا که میانگین
سانتی متر () که میانگین سانی
ارتباطی بین پاهای بیقرار این سنی میان بیماران
(p-value=0.48).

بیماران () به کرایتریا که میانگین
کیلوگرم () که میانگین کیلوگرم
ارتباط آماری ارزشمند بین وزن به پاهای بیقرار این سنی
میان بیماران (p-value=0.01).

بیماران () به کرایتریا که میانگین
شاخص توده بدنی () که میانگین
بدنی شان . ماری ارزشمند بین شاخص توده بدنی به پاهای
بیقرار این سنی میان بیماران (p-value=0.01).

بیماران () به کرایتریا که میانگین
هموگلوبین 7.6 mg/dl () که میانگین هموگلوبین
mg/dl . ارتباطی بین هموگلوبین به پاهای بیقرار این سنی
میان بیماران (p-value=0.1).

بیماران () (%) به کرایتیریا که میانگین فریتین () (%) که میانگین فریتین ارتباطی بین فریتین به پاهای بیقرار این سنی میان بیماران (p-value=0.65).

بیماران () (%) به کرایتیریا که میانگین معدل درسی () (%) که میانگین معدل درسی شان ارتباطی بین به پاهای بیقرار این سنی میان بیماران (p-value=0.97).

بیماران () (%) به کرایتیریا که به طور میانگین نفر در طی روز در هفته چرت میزدند و () (%) مبتلا نبودند که به طور میانگین نفر در طی روز در هفته چرت میزدند که ارتباطی بین چرت زدن در طی به پاهای بیقرار این سنی میان بیماران (p-value=0.31).

بیماران () (%) به کرایتیریا که به میانگین ساعت مشخصی از روز بیدار میشوند () (%) که به میانگین به بیدار شدن در ساعت مشخصی از روز به پاهای بیقرار این سنی میان بیماران (p-value=0.18).

بیماران () (%) به کرایتیریا که به میانگین 6.2 مشخصی شب میخوابند () (%) که به میانگین 3.8 مشخصی میخوابند که ارتباطی آماری ارزشمند بین خوابیدن به پاهای بیقرار این سنی میان بیماران کسانیکه در ساعت مشخصی به خواب میروند بیشتر مبتلا به سندرم پاهای بیقرار میباشد. (p-value=0.02).

بیماران (%) به کرایتريا که به
 میانگین مصرف کافئین قبل از خواب دارند (%) که به
 میانگین 2.2 کافئین که ارتباطی کافئین
 به پاهای بیقرار این سنی میان بیماران .
 (p-value=0.32)

بیماران (%) به کرایتريا که به
 میانگین 4.2 در رختخواب تلویزیون میبینند (%) که به
 میانگین تلویزیون میبینند که ارتباطی بین کافئین
 به پاهای بیقرار این سنی میان بیماران .
 (p-value=0.11)

بیماران (%) به کرایتريا که به
 میانگین 3.1 جایی بجز رختخواب خود میخوانند (%) که
 به میانگین 1.2 جایی میخوانند که ارتباط آماری
 بین خوابیدن جایی خویش به پاهای بیقرار
 این سنی میان بیماران . مبتلایان به سندرم پاهای بیقرار شبهای
 بیشتری در جایی بجز رختخواب خودشان میخوانند.
 (p-value=0.02)

بر اساس ارزیابی Correlation Analysis که برای تک تک متغیر ها با ابتلا به حداقل
 کرایتریای سندرم پای بیقرار در گروه شاهد انجام گرفت:

شاهد (%) به کرایتريا که میانگین
 سنی . (%) که میانگین سنی .
 ارتباطی بین به پاهای بیقرار این سنی میان گروه شاهد
 (p-value=0.84).

شاهد () (%) به کرایتريا که میانگین سانی . سانی ارتباطی بین به پاهای بیقرار این سنی میان (p-value=0.92). شاهد

شاهد 9 (%45) به کرایتريا که میانگین 62.2 کیلوگرم 1 (%55) که میانگین 58.2 کیلوگرم ارتباطی بین به پاهای بیقرار این سنی میان گروه شاهد (p-value=0.52).

شاهد () (%) به کرایتريا که میانگین بدنی . بدنی ارتباطی بین شاخص توده بدنی به پاهای بیقرار این سنی میان شاهد (p-value=0.34).

شاهد () (%) به کرایتريا که میانگین معدل تحصیلی . معدل تحصیلی ارتباطی بین تحصیلی به پاهای بیقرار این سنی میان شاهد (p-value=0.81).

شاهد () (%) به کرایتريا که به میانگین . طی هفته میزدند () (%) که به میانگین طی هفته میزدند که ارتباطی بین طی به پاهای بیقرار این سنی میان شاهد (pvalue=0.8).

شاهد () (%) به کرایتريا که به میانگین 5.3 شخصی بیدار میشوند () (%) که به میانگین 5.6 شخصی بیدار میشوند که ارتباطی بین

نهایتاً مقایسه بین بیماران شاهد ابتلای به پای بیقرار
کرایتریا بیماران شاهد به پای بیقرار
داریم که این آماری نیز معنی نیست. ($p\text{-value}=0.74$). بین بیماران و
شاهد در این گروه سنی تفاوتی وجود ندارد یکی از دلایل این امر در مقایسه با گروه سنی
- سال میتواند افزایش شیوع سندرم پاهای بیقرار با افزایش سن در جمعیت عمومی
است که در دیگر مطالعات نیز به آن پرداخته شده است.

: بیماران (. %) شاهد (. %) به سندرم پاهای
بیقرار به تفکیک بیماران، پای بیقرار قطعی (. %) پای
بیقرار احتمالی (. %) به (. %) شاهد
پای بیقرار قطعی (. %) احتمالی (. %) به
پای بیقرار احتمالی (. %) بود که در میان شاهد آمار ابتلا به
سندرم پای بیقرار قطعی بالاتر است اما در کل آمار ابتلا به سندرم پای بیقرار قطعی و
احتمالی در گروه بیماران بیشتر است که آماری معنی .

بیماران تالاسمیک بالای (. %) به پای بیقرار
(. %) به پای بیقرار
آماري معنی نیست. ($P\text{-value}=0.85$)

بیماران تالاسمیک زیر (. %) به پای بیقرار
(. %) به پای بیقرار
آماري معنی نیست. ($P\text{-value}=0.13$)

در گروه شاهد نیز در گروه سنی زیر هیچ پسر (. %) به
کرایتریای سندرم پای بیقرار مبتلا بودند که از نظر آماری معنی دار نیست. ($P\text{-value}=0.27$)

و در بالای (. %) به سندرم پای بیقرار مبتلا
هستند. ($P\text{-value}=0.32$)

:

در گروه سنی - :

- مقایسه متغیرهای دموگرافیک در دو گروه:

متغیر	بیمار	شاهد	P_value
	.		.
	(% .)	(% .)	.
	(% .)	(% .)	.
	سانتی متر	سانتی متر	.
	کیلوگرم	کیلوگرم	.
شاخص توده بدنی	.	.	.

بر اساس نتایج جدول فوق رعایت متغیرهای چهار گانه بالا در انتخاب گروه شاهد به نحوی که اختلاف معنی داری در دو گروه وجود ندارد.

- ارزیابی میانگین هموگلوبین و فریتین در گروه بیماران:

متغیر		حداکثر	میانگین
هموگلوبین	mg/dl	mg/dl	mg/dl .
فریتین			

بر اساس نتایج جدول فوق میزانهای حداقل و حداکثر هموگلوبین و فریتین درج شده است که این اندازه گیری فقط در گروه بیمار میباشد.

از نظر عملکرد در مدرسه نفر زیر سن مدرسه بودند و بقیه نیز در هر دو گروه خوب در ارزیابی کیفی بجز یک نفر در گروه بیماران که متوسط بود.

ارزیابی کرایتریای سندرم پاهای بیقرار در :

- مقایسه سؤال اول کرایتریا از پدرافراد در دو گروه:

	بیمار	شاهد	P_value
پاسخ بله	(. %)	(. %)	.
پاسخ خیر	(. %)	(. %)	
پاسخ نمیدانم	(. %)	(. %)	

بر اساس جدول فوق، تفاوت آشکاری در دو از نظر آماری در پاسخدهی به این

.

- مقایسه کرایتريا :

P_value	شاهد	بیمار	
.	(% .)	(% .)	پاسخ بله
	(% .)	(% .)	پاسخ خیر
	(% .)	(% .)	نمیدانم

آشکاری آماری پاسخدهی به این

.

- مقایسه کرایتريا :

P_value	شاهد	بیمار	
.	(% .)	(% .)	پاسخ بله
	(% .)	(% .)	خیر
	(% .)	(% .)	نمیدانم

آشکاری آماری پاسخدهی به این

.

- مقایسه چهارم کرایتريا :

P_value	شاهد	بیمار	چهارم
.	(% .)	(% .)	پاسخ بله
	(%)	(% .)	پاسخ خیر
	(% .)	(% .)	نمیدانم

آشکاری پاسخدهی به این

و در گروه بیماران میزان بروز مشکل بالاتر است.

- مقایسه کرایتريا :

P_value	شاهد	بیمار	
.	(% .)	(% .)	بله
	(% .)	(% .)	خیر
	(% .)	(% .)	نمیدانم

آماري وجود ندارد.

آشکاري

- مقایسه کرایتريا :

P_value	شاهد	بیمار	
.	(% .)	(% .)	بله
	(% .)	(% .)	خیر
	(% .)	(% .)	نمیدانم

آماري .

آشکاري

- مقایسه کرایتريا :

P_value	شاهد	بیمار	
.	(% .)	(% .)	بله
	(% .)	(% .)	خیر
	(% .)	(% .)	نمیدانم

آماري .

آشکاري

- مقایسه چهار کرایتريا :

P_value	شاهد	بیمار	چهار
.	(% .)	(% .)	بله

	(. %)	(. %)	خیر
	(. %)	(. %)	نمیدانم
	آماري	آشکاري	

:

- مقایسه میانگین ساعات خواب در دو گروه:

p-value	میانگین در شاهد	میانگین در بیماران	
0.03	.	.	خوابیدن
0.001	.	.	ساعت بیداری
0.5	.	.	مدت زمان کلی

بر اساس نتایج جدول فوق میانگین ساعات خواب در بیماران بالاتر است.

- مقایسه چرت زدن روزانه در دو گروه:

p-value	شاهد	بیماران	چرت زدن روزانه
.	(. %)	(. %)	بله
	(. %)	(. %)	خیر
			این آماری معنی نیست.

- - در این سؤال از میان کسانی که پاسخ مثبت داده بوده اند:

p-value	میانگین شاهد هفته	میانگین روز در بیماران هفته	چرت زدن روزانه
.	کمتر از هفته		بله

این تفاوت از نظر آماری معنی دار نیست.

- مقایسه کافئین :

مصرف کافئین قبل	بیماران	شاهد	p-value
بله	(. %)	(. %)	.
خیر	(. %)	(. %)	

این آماری معنی . و به معنی مصرف بیشتر کافئین در بیماران است.

- - در میان کسانی که مصرف کافئین داشت :

کافئین در شب	میانگین در بیماران هفته	میانگین شاهد هفته	p-value
بله		کمتر از	.

که از نظر آماری معنی دار نیست.

- مقایسه وجود تلویزیون :

تلویزیون در	بیماران	شاهد	p-value
بله	(. %)	(. %)	.

خیر	(. %)	(. %)	
-----	---------	---------	--

آماري معنی ه .

- - میان کسانی که در اطاق خواب تلویزیون دارند، مشاهده آن قبل خواب:

مشاهده تلویزیون	میانگین در بیماران	میانگین در شاهد	p-value
بله		کمتر از	.

این تفاوت از نظر آماری معنی دار نیست.

- مقایسه کردن طی :

کردن طی	بیماران	شاهد	p-value
بله	(. %)	(. %)	.
خیر	(. %)	(. %)	.

این آماری معنی نیست.

- - در میان کسانی که در طی روز ورزش میکنند:

	میانگین روزهای هفته در بیماران	میانگین روزهای هفته در شاهد	p-value
بله	.	نزدیک به دو روز	.

این آماری معنی نیست.

- مقایسه تاخیر به :

تاخیر در خوابیدن	بیماران	شاهد	p-value
بله	(. %)	(. %)	.
خیر	(. %)	(. %)	.

این آماری معنی نیست.

- - میان کسانیکه به تاخیر :

تأخیر در خوابیدن	میانگین های هفته در بیماران	میانگین شبهای هفته در بیماران	p-value
بله	.	.	.

این آماری معنی نیست.

- مقایسه بیداری مکرر :

بیداری مکرر	بیماران	شاهد	p-value
بله	(. %)	(. %)	.
خیر	(. %)	(. %)	

این آماری معنی نیست.

- - در میان کسانیکه بیداری مکرر از خواب دارند:

بیداری مکرر	میانگین شبهای هفته در بیماران	میانگین شبهای هفته شاهد	p-value
بله		کمتر از هفته	.

این آماری معنی نیست.

مقایسه وجود خواب گردی در خواب: در هر دو گروه پاسخ منفی دادند.

- مقایسه تکلم در خواب :

تکلم	بیماران	شاهد	p-value
بله	(. %)	(. %)	.
خیر	(. %)	(. %)	

این آماری معنی هست و در گروه شاهد بالاتر است.

- - مقایسه تکلم در خواب در میان کسانی که پاسخ مثبت داده اند:

تکلم	میانگین شبهای هفته بیماران	میانگین شبهای هفته شاهد	p-value
بله	کمتر از هفته	شب در هفته	.

این آماری معنی ندی .

- :

	بیماران	شاهد	p-value
بله	(. %)	(. %)	.
خیر	(. %)	(. %)	

این آماری معنی دار هست شاهد .

- - در میان کسانی که در طی خواب خروپف دارند:

	میانگین شبهای هفته بیماران	میانگین شبهای هفته شاهد	p-value
بله	کمتر از	کمتر از یک شب	.

این آماری معنی دار نیست.

- همراه بیمار که پاهای بیقرار رخ میدهد از مهمترین شان وجود دردهای رشد است:

دردهای	بیماران	شاهد	p-value
هرگز	(. %)	(. %)	.
به ندرت	(. %)	(. %)	
گاهی اوقات	(. %)	(. %)	
مکررا	(. %)	هیچکس (. %)	

این آماری معنی دار نیست.

- در علائم همراه وجود احساس خاصی در پاهای فرد است (شدن، خزیدن، خارش)

پاها	بیماران	شاهد	p-value
هرگز	(. %)	(. %)	.
به ندرت	(. %)	(. %)	
گاهی اوقات	(. %)	(. %)	
مکررا	(. %)	هیچکس (. %)	

این آماری معنی دار نیست.

کرایتریای تشخیص پاها بایقرار :

- مقایسه شیوع پاها بایقرار

متغیر	بیماران	شاهد	p-value
سندرم پای بایقرار قطعی	هیچکس (. %)	هیچکس (. %)	.
پای بایقرار احتمالی	(. %)	(. %)	
پای بایقرار احتمالی	هیچکس (. %)	(. %)	
یک کرایتریای مثبت یا هیچ	(. %)	(. %)	

نتایج جدول فوق :کسی به سندرم پاها بایقرار قطعی بین دو گروه مبتلا نیست.ولی در گروه بیماران نفر و در شاهد نفر سندرم احتمالی دارند.

معرض خطر نیز نفر در گروه شاهد هستند. این میزان از نظر آماری ارزشمند بوده و در گروه بیماران از شاهد بالاتر است.

- مقایسه آرام بودن کودک در طی خواب:

پارامتر	بیماران	شاهد	p-value
آرام بودن کودک حین خواب	(. %)	(. %)	.
هرگز	(. %)	(. %)	
گاهی اوقات	(. %)	(. %)	
مکررا	(. %)	(. %)	

این آماری معنی دار نیست.

- مقایسه کودک به کودکان هم :

پارامتر	بیماران	شاهد	p-value
---------	---------	------	---------

			به کودکان هم
.	(% .)	(% .)	هرگز
	(% .)	(% .)	
	(% .)	(% .)	گاهی اوقات
	(% .)	(% .)	مکرراً

این آماری معنی دار نیست.

سؤالات مربوط به اعضای خانواده:

- مقایسه ابتلای اعضای خانواده درجه اول به سندرم پای بیقرار:

p-value	شاهد	بیماران	ابتلای اعضای درجه
.	(% .)	(% .)	بله
	(% .)	(% .)	خیر

در توضیحات در بیمارانی که ابتلای سایر اعضای خانواده را دارند، نام برده اند که:

(یک عمه کودک، یک کودک، یک عموی کودک، یک بیمار) میباشد.

در گروه شاهد نیز: (خاله کودک، یک دایی کودک، یک عموی کودک
 یک، بیمار، یک عمه کودک) پاهای بیقرار داشته .

- مقایسه ابتلای مشکل در خانواده فرد سؤال شده بود که:

ابتلای اعضای	بیماران	شاهد	p-value
بله	(. %)	(. %)	.
خیر	(. %)	(. %)	

در گروه بیماران در توضیحات نوشته شده است:

(تاخیر کودک، بیداری مکرر کودک تکان پاها
 مادر، حرکات پرتابی حین کودک)
 در گروه شاهد نیز: (تکان پاها کودک، سحرخیزی کودک)
 این تفاوت از نظر آماری معنی دار نیست.

- مقایسه میزان کلی مصرف مواد غذایی کافئین دار در کودک :

کلی غذایی کافئین	بیماران	شاهد	p-value
هرگز	(. %)	(. %)	.
	(. %)	(. %)	
گاهی اوقات	(. %)	(. %)	
مکررا	(. %)	(. %)	

این آماری معنی نیست.

- مقایسه تشخیص کم خونی در گذشته در کودک :

تشخیص کم خونی	بیماران	شاهد	p-value
بله	(%)	هیچکس (%)	.
خیر	هیچکس (%)	(%)	

در گروه شاهد کسی مبتلا به آنمی نیست و در گروه بیماران همگی مبتلا به آنمی هستند که در توضیحات تالاسمی ماژور را ذکر کرده اند.

- مقایسه میانگین هموگلوبین و میانگین فریتین بیماران با تک تک سؤالات : (میانگین هموگلوبین : . mg/dl میانگین فریتین میباشد.)

متغیر	p-value	Correlation Analysis
میانگین هموگلوبین بیدار هر	.	—
میانگین فریتین بیدار هر	.	—
میانگین هموگلوبین کلی شبانه	.	—
میانگین فریتین کلی شبانه	.	—
میانگین هموگلوبین به شبها	.	—
میانگین فریتین به شبها	.	—

بر اساس نتایج جدول فوق،ارتباطی بین میانگین هموگلوبین و میانگین فریتین در مدت زمان خواب یا ساعات بیدار شدن و به خواب رفتن کودک وجود ندارد.
Correlation Analysis انجام نمیشود.

- میانگین هموگلوبین فریتین بیماران
: به هر یک از

متغیر	بیماران	میانگین هموگلوبین mg/dl	میانگین فریتین	p-value هموگلوبین	p-value فریتین
	بله	(. %)	.	.	.
	خیر	(42.1%)	.	.	.

چایی قهوه	بله	(47.3%)	.	.	.
	خیر	(52.6%)	.	.	.
تلویزیون کودک	بله	(57.8%)	.	.	.
	خیر	(% .)	.	.	.
تاخیر	بله	(% .)	.	.	.
	خیر	(% .)	.	.	.

بر اساس نتایج جدول فوق، بین میانگین هموگلوبین و فریتین با چرت زدن در طی روز و مصرف کافئین قبل خواب و وجود تلویزیون در اتاق کودک و تاخیر در به خواب رفتن ارتباطی و جود ندارد لذا Correlation Analysis انجام نمیشود.

- مقایسه ابتلا به سندرم پای بیقرار بر اساس میانگین سن در بیماران:

کرایتریای پای بیقرار	بله		میانگین سنی	p-value
		(% .)	.	.
	خیر	(% .)	.	.

بر اساس نتایج جدول فوق، این مقایسه بر اساس سن از نظر آماری معنی دار نیست.

- مقایسه به پای بیقرار میانگین بیماران:

پای بیقرار	مقایسه	به	پای بیقرار	میانگین	p-value
کرایتریای پای بیقرار	بله	(. %)	سانتی متر	.	
	خیر	(. %)	سانتی متر		
نتایج	این مقایسه	آماري معنی	نیست.		

- مقایسه به پای بیقرار میانگین وزن بیماران:

پای بیقرار	مقایسه	به	پای بیقرار	میانگین	p-value
کرایتریای پای بیقرار	بله	(. %)	کیلو گرم	.	
	خیر	(. %)	کیلوگرم		
نتایج	این مقایسه	آماري معنی	نیست.		

- مقایسه به پای بیقرار میانگین شاخص توده بدنی بیماران:

p-value	میانگین بدنی			کرایتریای پای بیقرار
.	.	(. %)	بله	
	.	(. %)	خیر	

نتایج این مقایسه بدنی از آماری معنی نیست.

- مقایسه به پای بیقرار میانگین هموگلوبین بیماران:

p-value	میانگین هموگلوبین			کرایتریای پای بیقرار
.	mg/dl .	(. %)	بله	
	mg/dl .	(. %)	خیر	

نتایج این مقایسه هموگلوبین آماری معنی نیست.

- مقایسه به پای بیقرار میانگین فریتین بیماران:

p-value	میانگین فریتین			
---------	----------------	--	--	--

کرایتریای پای بیکرار	بله	(. %)		.
	خیر	(. %)		

نتایج این مقایسه فریتین آماری معنی نیست.

- مقایسه به پای بیکرار میانگین خوابیدن شبانه در بیماران:

کرایتریای پای بیکرار	بله	(. %)	میانگین خوابیدن شبانه	p-value
	خیر	(. %)	.	.

نتایج این مقایسه میانگین خوابیدن شبانه آماری معنی نیست.

- مقایسه به پای بیکرار میانگین بیدار هر صبح در بیماران:

کرایتریای پای بیکرار	بله	(. %)	میانگین بیدار شدن هر صبح	p-value
	خیر	(. %)	.	.

نتایج این مقایسه میانگین بیدار هر صبح از آماری معنی نیست.

- مقایسه به پای بیقرار میانگین بیدار
هر صبح بیماران:

p-value	میانگین کلی خواب شبانه			کرایتریای پای بیقرار
.	.	(% .)	بله	
	.	(% .)	خیر	

نتایج این مقایسه میانگین کلی شبانه آماری معنی نیست.

در گروه شاهد:

- مقایسه به پای بیقرار میانگین سنی در گروه شاهد:

p-value	میانگین سنی			کرایتریای پای بیقرار
.		(% .)	بله	
	.	(% .)	خیر	

نتایج این مقایسه میانگین سنی آماری معنی نیست.

- مقایسه به پای بیقرار میانگین شاهد:

کرایتریای پای بیقرار	بله	(. %)	میانگین قد	p-value
	خیر	(. %)	سانتی سانتی متر	.
نتایج	این مقایسه	میانگین قدی	آمارى معنى	نیست.

- مقایسه به پای بیقرار میانگین شاهد:

کرایتریای پای بیقرار	بله	(. %)	میانگین وزن	p-value
	خیر	(. %)	کیلوگرم کیلوگرم	.
نتایج	این مقایسه	میانگین	آمارى معنى	نیست.

- مقایسه به پای بیقرار میانگین بدنی شاهد:

کرایتریای پای بیقرار	بله	(. %)	میانگین بدنی	p-value
	بله	(. %)	بدنی	.

		(. %)	خیر	
--	--	---------	-----	--

نتایج آماری معنی نیست. این مقایسه میانگین بدنی

- مقایسه به پای بیقرار میانگین خوابیدن هر شاهد:

p-value	میانگین ساعت خوابیدن هر			کرایتریای پای بیقرار
.		(. %)	بله	
	.	(. %)	خیر	

نتایج آماری معنی نیست. این مقایسه میانگین خوابیدن هر

- مقایسه به پای بیقرار میانگین بیدار هر صبح شاهد:

p-value	میانگین میانگین بیدار هر صبح			کرایتریای پای بیقرار
.		(. %)	بله	
	.	(. %)	خیر	

نتایج آماری معنی نیست. این مقایسه میانگین بیدار هر صبح از

- مقایسه به پای بیقرار میانگین کل هر شاهد:

p-value	میانگین کل هر شب			کرایتریای پای بیقرار
.		(% .)	بله	
		(% .)	خیر	

نتایج این مقایسه میانگین کل هر آماری معنی نیست.

- مقایسه به پای بیقرار بیماران و شاهد:

p-value		کرایتریای پای بیقرار
.	(% .)	گروه بیماران
	(% .)	گروه شاهد

بر اساس نتایج جدول فوق ، مقایسه ابتلای به سندرم پاهای بیقرار در بیماران بالتر و از نظر آماری نیز معنی دار است.

گروه سنی - :

- مقایسه اطلاعات دموگرافیک در دو گروه:

متغیر	میانگین در بیماران	میانگین در شاهد	p-value
	.	.	.
	(%)	5 (%)	
	(%)	(%)	
	سانتی متر	سانتی متر	.
	کیلوگرم	کیلوگرم	.
شاخص توده بدنی	.	.	.

سه متغیر قد و وزن و شاخص توده بدنی تفاوت زیادی وجود دارد که از نظر آماری نیز معنی دار است.

به دلیل کوتاهی قدی که عمومی بیماران تالاسمی که پاتوفیزیولوژی بیماری حتی خیلی ایشان نیازمند هورمون نیز هستند. بیماران به شاهد همان کمتری ولی در محاسبه شاخص توده بدنی گروه بیماران بالاتر است که از نظر آماری نیز ارزشمند

- میانگین هموگلوبین و میانگین فریتین در بیماران:

متغیر		حداکثر	میانگین
هموگلوبین mg/dl			.
فریتین			

این میزانها در گروه بیماران چک شده است.

- مقایسه آخرین معدل تحصیلی :

متغیر	بیماران	شاهد	p-value
میانگین آخرین	.	.	.

اختلاف دو گروه از این نظر معنی دار است و میانگین آخرین معدل تحصیلی در شاهد

.

تشخیصی پاهای بیقرار :

- مقایسه اولین سؤال کرایتیا از :

اولین سؤال از	بیماران	شاهد	p-value
بله	(%)	(%)	.
خیر	(%)	(%)	
نمیدانم	(%)	(%)	

این میزان از نظر آماری معنی دار نیست.

- مقایسه دومین کرایتیا :

دومین	بیماران	بیماران	p-value
بله	(%)	(%)	.
خیر	(%)	(%)	
نمیدانم	(%)	(%)	

این میزان آماری معنی نیست.

- مقایسه سومین کرایتیا :

سومین	بیماران	شاهد	p-value
بله	(%)	(%)	.
خیر	(%)	(%)	
نمیدانم	(%)	(%)	

این میزان آماری معنی نیست.

- مقایسه چهارمین کرایتیا :

چهارمین	بیماران	شاهد	p-value
بله	(%)	(%)	.
خیر	(%)	(%)	
نمیدانم	(%)	هیچکس (%)	

این میزان آماری معنی و در گروه شاهد بالاتر است.

در سؤالات تشخیصی سندرم پاهای بیقرار از مادر فرد:

- مقایسه اولین کرایتريا :

اولین سؤال	بیماران	شاهد	p-value
بله	(%)	(%)	.
خیر	(%)	(%)	
نمیدانم	(%)	(%)	

این میزان آماری معنی نیست.

- مقایسه دومین کرایتريا :

دومین	بیماران	شاهد	p-value
بله	(%)	(%)	.
خیر	(%)	(%)	
نمیدانم	(%)	(%)	

این میزان آماری معنی نیست.

- مقایسه سومین کرایتريا :

سومین	بیماران	شاهد	p-value
بله	(%)	(%)	.
خیر	(%)	(%)	
نمیدانم	(%)	(%)	

این میزان آماری معنی نیست.

- مقایسه چهارم کرایتريا :

چهارمین	بیماران	شاهد	p-value
---------	---------	------	---------

.	(%)	(%)	بله
	(%)	(%)	خیر
	(%)	(%)	نمیدانم

این میزان آماری معنی نیست.

- ارزیابی وضعیت خواب و بیداری و مقایسه آن در دو گروه:

میانگین هریک از متغیر ها در هر هفته میباشد:

متغیر	بیماران	شاهد	p-value
میانگین روزهایی که چرت میزنند	.	.	.
میانگین روزهایی که هر صبح در ساعت معینی بیدار میشوند	.	.	.
میانگین شبهایی که در ساعت معینی میخوابند	.	.	.
میانگین شبهایی که قبل خواب کافئین مصرف میکنند	.	.	.
میانگین شبهایی که تلویزیون میبینند	.	.	.
میانگین شبهایی که در جایی بجز	.	.	.

			رختخواب میخوابند
--	--	--	------------------

بر اساس نتایج جدول فوق: میانگین شبهای که جایی میخوابند در میان بیماران آمار بالاتر است. این تفاوت از نظر آماری نیز معنی دار است.

در زمینه خواب گردی در هر دو گروه، فقط یک نفر مبتلا به آن بود در میان گروه شاهد که هر ماه یک یا دو شب اتفاق می افتاد. و در گروه بیماران کسی مبتلا نبود.

- مقایسه تکلم در خواب :

تکلم	بیماران	شاهد	p-value
بله	(%)	(%)	.
خیر	(%)	(%)	

این تفاوت از نظر آماری معنی دار نیست.

- - در میان کسانی که تکلم در خواب دارند:

تکلم	میانگین شبهای هفته بیماران	میانگین شبهای هفته شاهد	p-value
بله	.	.	.

این آماری معنی نیست.

- مقایسه وجود :

	بیماران	شاهد	p-value
--	---------	------	---------

.	(%)	(%)	بله
	(%)	(%)	خیر
این آماری معنی نیست.			

- - در میان کسانی که در طی خواب خرو پف داشتند:

p-value	میانگین شبهای هفته شاهد	میانگین شبهای هفته در بیماران	
.	.	.	بله
این آماری معنی نیست.			

- مقایسه وجود دردهای رشد در :

p-value	شاهد	بیماران	دردهای
.	(%)	(%)	هرگز
	(%)	(%)	کمتر از یکبار
	(%)	(%)	مکررا
	(%)	(%)	فقط در گذشته
این آماری معنی نیست.			

کرایتریای تشخیص سندرم پاهای بیقرار

- مقایسه شیوع سندرم پاهای بیقرار در دو گروه:

p-value	شاهد	بیماران	کرایتریا
---------	------	---------	----------

.	(%)	(%)	سندرم پای بیقرار قطعی
	(%)	(%)	پای بیقرار احتمالی
	(%)	(%)	در خطر ابتلای به سندرم احتمالی
	(%)	(%)	یک کرایتريا يا هيچ

نتایج میزان ابتلای سندرم پاهای بیقرار قطعی در بین گروه شاهد
ولی سندرم پاهای بیقرار احتمالی و خطر ابتلای آن در میان بیماران بالاتر
این میزان از نظر آماری در زمینه ابتلای به حداقل سندرم پای بیقرار احتمالی در دو
گروه ارزشمند نیست.

کرایتريای تشخیصی سندرم پاهای بیقرار بر اساس هر یک از سؤالات:

- مقایسه کرایتريا:

p-value	شاهد	بیماران	
.	(%)	(%)	بله
	(%)	(%)	خير
	(%)	هیچکس (% .)	نمی دانم

این آماری معنی نیست.

- مقایسه کرایتريا:

p-value	شاهد	بیماران	
.	(%)	(%)	بله
	(%)	(%)	خير
	(%)	(%)	نمی دانم

این آماری معنی نیست.

- مقایسه کرایتیریا:

p-value	شاهد	بیماران	
.	(%)	(%)	بله
	(%)	(%)	خیر
	(%)	(%)	نمی دانم

این آماری معنی نیست.

- مقایسه چهارم کرایتیریا:

p-value	شاهد	بیماران	سؤال چهارم
.	(%)	(%)	بله
	(%)	(%)	خیر
	هیچکس (% .)	هیچکس (% .)	نمی دانم

هر دو گروه از این نظر مشابهند.

- مقایسه کرایتیریا:

p-value	شاهد	بیماران	
.	(%)	(%)	بله

	(%)	(%)	خیر
	(%)	(%)	نمی دانم

این آماری معنی نیست.

- مقایسه کرایتريا:

p-value	شاهد	بیماران	
.	(%)	(%)	بله
	(%)	(%)	خیر
	هیچکس (% .)	(%)	نمی دانم

این آماری معنی نیست.

در بررسی پرسشنامه درجه بندی شدت سندرم پای بیقرار نتایج زیر بدست آمد:

- مقایسه ناراحتی بیقراری اندامها :

p-value	شاهد	بیماران	ناراحتی از بیقراری اندامها
.	(%)	(%)	خیلی شدید
	(%)	(%)	شدید
	(%)	(%)	
	(%)	(%)	خفیف
	(%)	(%)	هرگز

این آماری معنی نیست.

- مقایسه نیاز به حرکت اندامها :

میزان نیاز به حرکت دادن اندامها	بیماران	شاهد	p-value
خیلی شدید	هیچکس (%)	(%)	.
شدید	(%)	(%)	
	(%)	(%)	
خفیف	(%)	(%)	
هرگز	(%)	(%)	

این آماری معنی نیست.

- مقایسه کاهش میزان ناراحتی حرکت اندامها :

کاهش میزان ناراحتی حرکت اندامها	بیماران	شاهد	p-value
کاهش نمیدهد	(%)	(%)	.
کاهش مختصر	(%)	(%)	
کاهش متوسط	(%)	(%)	
بخوبی کاهش میدهد	(%)	(%)	
علامتی باقی نیست	(%)	(%)	

این آماری معنی نیست.

- مقایسه

:

میزان شدت اختلال	بیماران	شاهد	p-value
خیلی شدید	(%)	هیچکس (. %)	.
شدید	هیچکس (. %)	(%)	
	(%)	(%)	
خفیف	(%)	(%)	
هرگز	(%)	(%)	

این آماری معنی نیست.

- مقایسه خواب آلودگی و خستگی روزانه در دو گروه:

میزان خواب آلودگی و خستگی روزانه	بیماران	شاهد	p-value
خیلی شدید	هیچکس (. %)	(%)	.
شدید	(%)	(%)	
	(%)	(%)	
خفیف	(%)	(%)	
هرگز	هیچکس (. %)	(%)	

این آماری معنی نیست.

- مقایسه شدت بیقراری پاها و دستها:

میزان شدت بیقراری پاها و دستها	بیماران	شاهد	p-value
خیلی شدید	(%)	هیچکس (% .)	.
شدید	هیچکس (% .)	(%)	
	(%)	(%)	
خفیف	(%)	(%)	
هرگز	(%)	(%)	

این آماری معنی نیست.

- مقایسه روزهای هفته بیقراری :

تعداد روزهای هفته بیقراری	بیماران	شاهد	p-value
بسیاری	هیچکس (% .)	(%)	.
	(%)	(%)	
بعضی اوقات	(%)	(%)	
	(%)	(%)	
هرگز	(%)	(%)	

این آماری معنی نیست.

- مقایسه کشیدن هر بار اپیزود :

میزان طول کشیدن هر پیزود علائم	بیماران	شاهد	p-value
خیلی شدید	هیچکس (%)	(%)	.
شدید	(%)	(%)	
	(%)	(%)	
خفیف	(%)	(%)	
هرگز	(%)	(%)	

این آماری معنی نیست.

- مقایسه تاثیر فعالیت روزانه :

میزان تاثیر علائم بر فعالیت روزانه	بیماران	شاهد	p-value
خیلی زیاد	(%)	هیچکس (%)	.
زیاد	(%)	(%)	
	(%)	(%)	
کم	(%)	(%)	
هرگز	هیچکس (%)	هیچکس (%)	

این آماری معنی است و در گروه بیمه .

- مقایسه خلقی ناشی :

شدت اختلال خلقی ناشی از علائم	بیماران	شاهد	p-value
خیلی زیاد	هیچکس (%)	(%)	.
زیاد	(%)	(%)	
	(%)	(%)	
کم	(%)	(%)	
هرگز	(%)	(%)	

این آماری معنی نیست.

- ارزیابی Correlation Analysis زمینه هموگلوبین فریتین
تک تک :

متغیر	میانگین هموگلوبین mg/dl	میانگین فریتین	p-value هموگلوبین	p-value فریتین	Correlation Analysis
در طی روز	8.19	1523	0.42	0.19	—
بیدار شدن در هر صبح	8.19	1523	0.63	0.85	—
خوابیدن در هر شب	8.19	1523	0.14	0.84	—
کافئین یکساعت قبل	8.19	1523	0.9	0.79	—
دیدن تلویزیون	8.19	1523	0.53	0.36	—
خوابیدن در مکانی بجز خویش	8.19	1523	0.004	0.88	برای هموگلوبین: برای فریتین: -

براساس نتایج جدول فوق، بین میانگین هموگلوبین بیماران ب خوابیدن در مکانی بجز معنی داری وجود دارد. و با هموگلوبین پایین تر از به

عنوان مقدار نرمال همراهی دارد. برای این میزان عدد Correlation Analysis

- بررسی ارتباط بین میانگین سن بیماران با داشتن حداقل تا از کرایتریای سندرم پاهای بیقرار:

p-value	میانگین سنی			کرایتریای سندرم پاهای بیقرار
.	.	(%)	بله	
	.	(%)	خیر	

بر اساس نتایج جدول فوق: این ارتباط از نظر آماری معنی دار نیست.

- بررسی بین میانگین بیماران کرایتریای پاهای بیقرار:

p-value	میانگین قدی			کرایتریای پاهای بیقرار
.	سانتی متر	(%)	بله	
	سانتی	(%)	خیر	

نتایج این: آماری معنی نیست.

- بررسی بین میانگین بیماران کرایتریای پاهای بیقرار:

p-value	میانگین وزنی			کرایتریای پاهای بیقرار
.	کیلوگرم	(%)	بله	
	کیلوگرم	(%)	خیر	

بر اساس نتایج جدول فوق: بین وزن بیشتر و ابتلای به حداقل تا از کرایتریای ارتباط معنی دار وجود دارد.

- بررسی بین میانگین شاخص توده بدنی بیماران کرایتریای پاهای بیقرار:

p-value	میانگین بدنی			کرایتریای پاهای بیقرار
		(%)	بله	
		(%)	خیر	
.	.			
.	.			

بر اساس نتایج جدول فوق: بین شاخص توده بدنی بالاتر ابتلای به کرایتریای معنی .

- بررسی بین میانگین هموگلوبین بیماران کرایتریای پاهای بیقرار:

p-value	میانگین هموگلوبین			کرایتریای پاهای بیقرار
		(%)	بله	
		(%)	خیر	
.	.			
.	.			

نتایج این: آماری معنی نیست.

- بررسی بین میانگین فریتین بیماران کرایتریای پاهای بیقرار:

p-value	میانگین فریتین			کرایتریای پاهای بیقرار
		(%)	بله	
		(%)	خیر	
.	.			
.	.			

نتایج این: آماری معنی نیست.

- بررسی بین میانگین معدل تحصیلی بیماران
کرایتریای پاهای بیقرار:

p-value	میانگین معدل تحصیلی			کرایتریای پاهای بیقرار
.		(%)	بله	
	.	(%)	خیر	

نتایج این: آماری معنی نیست. -
بررسی بین میانگین نفراتی که میزنند بیماران
کرایتریای پاهای بیقرار:

p-value	میانگین تعداد نفراتی که در میزنند			کرایتریای پاهای بیقرار
.		(%)	بله	
	.	(%)	خیر	

نتایج این: آماری معنی نیست.

- بررسی بین میانگین نفراتی که بیدار میشوند در بیماران
کرایتریای پاهای بیقرار:

p-value	میانگین تعداد نفراتی که در بیدار میشوند			کرایتریای پاهای بیقرار
.		(%)	بله	

		(%)	خیر	
--	--	-------	-----	--

نتایج :این آماری معنی نیست.

- بررسی بین میانگین نفراتی که میخوانند در بیماران کرایتریای پاهای بیقرار:

p-value	میانگین تعداد نفراتی که در میخوانند			کرایتریای پاهای بیقرار
		(%)	بله	
		(%)	خیر	

نتایج :این آماری معنی است و کسانی که مشخصی از شب میخوانند دچار علائم سندرم پاهای بیقرار هستند.

- بررسی بین میانگین کافئین پاهای بیقرار:

p-value	میانگین تعداد مصرف کافئین			کرایتریای پاهای بیقرار
		(%)	بله	

		(%)	خیر	
--	--	-------	-----	--

نتایج :این اماری معنی نیست.

- بررسی بین میانگین نفراتی که تلویزیون میبینند در بیماران کرایتریای پاهای بیقرار:

p-value	میانگین تعداد نفراتی که در تلویزیون میبینند			کرایتریای پاهای بیقرار
.	.	(%)	بله	
		(%)	خیر	

نتایج :این اماری معنی نیست.

- بررسی بین میانگین نفراتی که نمی خوابند در بیماران کرایتریای پاهای بیقرار:

p-value	میانگین تعداد نفراتی که در نمی خوابند			کرایتریای پاهای بیقرار
.	.	(%)	بله	

		خیر	(%)	.	
--	--	-----	-------	---	--

بر اساس نتایج جدول فوق، این ارتباط معنی دار است و افرادی که در رختخواب خویش نمیخواهند بیشتر علائم سندرم پای بیقرار .

- بررسی بین مبتلایان به کرایتریای پاهای بیقرار در هر دو گروه:

بیماران	شاهد	p-value	کرایتریای پاهای بیقرار
(%)	(%)	.	
نتایج: این ماری معنی نیست.			

- بررسی بین میانگین گروه شاهد کرایتریای پاهای بیقرار:

کرایتریای پاهای بیقرار	بله	(%)	میانگین سنی	p-value
	خیر	(%)	.	.

بر اساس نتایج جدول فوق: این ارتباط از نظر آماری معنی دار نیست.

- بررسی بین میانگین شاهد کرایتریای پاهای بیقرار:

کرایتریای پاهای بیقرار	بله	(%)	میانگین قدی	p-value
	خیر	(%)	سانتی .	.

نتایج :این آماری معنی نیست.

- بررسی بین میانگین شاهد
کرایتریای پاهای بیقرار:

p-value	میانگین وزن			کرایتریای پاهای بیقرار
.	کیلوگرم	(%)	بله	
	کیلوگرم	(%)	خیر	

نتایج :این آماری معنی نیست.

- بررسی بین میانگین بدنی شاهد
کرایتریای پاهای بیقرار:

p-value	میانگین بدنی			کرایتریای پاهای بیقرار
.	.	(%)	بله	
	.	(%)	خیر	

نتایج :این آماری معنی نیست.

- بررسی بین میانگین تحصیلی گروه شاهد
کرایتریای پاهای بیقرار:

p-value	میانگین معدل تحصیلی			کرایتریای پاهای بیقرار
.	.	(%)	بله	
	.	(%)	خیر	

نتایج :این آماری معنی نیست.

شاهد - بررسی بین میانگین نفراتی که میزنند
کرایتریای پایهای بیکرار:

p-value	میانگین نفراتی که میزنند			کرایتریای پاهای بیقرار
.	.	(%)	بله	
	.	(%)	خیر	

نتایج :این آماری معنی نیست.

میشوند درگروه شاهد - بررسی بین میانگین نفراتی که بیدار
کرایتریای پایهای بیکرار:

p-value	میانگین نفراتی که مشخص بیدار میشوند			کرایتریای پاهای بیقرار
.	.	(%)	بله	
	.	(%)	خیر	

نتایج :این آماری معنی نیست.

- بررسی بین میانگین نفراتی که میخوانند
 شاهد کرایتریای پاهای بیقرار:

پاهای بیقرار	میانگین نفراتی که میخوانند	p-value
بله	(%)	.
خیر	(%)	.

نتایج :این آماری معنی نیست.

- بررسی بین میانگین نفراتی که کافئین
 میکنند در گروه شاهد کرایتریای پاهای بیقرار:

پاهای بیقرار	میانگین نفراتی که از خواب کافئین مصرف میکنند	p-value
بله	(%)	.
خیر	(%)	.

نتایج :این آماری معنی نیست.

- بررسی بین میانگین نفراتی که تلوژیون میبینند در گروه شاهد کرایتریای پاهای بیکرار

p-value	میانگین نفراتی که تلوژیون میبینند			کرایتریای پاهای بیکرار
.	.	(%)	بله	
	.	(%)	خیر	

نتایج :این آماری معنی نیست.

- بررسی بین میانگین نفراتی که تلوژیون میخوانند کرایتریای پاهای بیکرار

p-value	میانگین نفراتی که تلوژیون میخوانند			کرایتریای پاهای بیکرار
.	خود نمیخوانند	(%)	بله	
	.	(%)	خیر	

نتایج :این آماری معنی نیست.

- مقایسه ابتلای به سندرم پای بیقرار جنسیت در زیر در بین دو گروه بیماران و شاهد:

کرایتریای پاهای بیقرار	بیماران	p-value بیماران	شاهد	p-value شاهد
	(. %)	.	هیچکس (. %)	.
	(%)		(. %)	
نتایج	این:	آماري معنی نیست.		

- مقایسه ابتلای به پای بیقرار جنسیت - سال بین بیماران و شاهد:

کرایتریای پاهای بیقرار	بیماران	p-value بیماران	شاهد	p-value شاهد
	(%)	.	(%)	.
	(%)		(%)	
نتایج	این:	آماري معنی نیست.		

:

پیشنهادات

برگه اطلاع رسانی

پرسشنامه در هر دو گروه سنی

چکیده انگلیسی

:

تالاسمی یکی از بیماری های مزمن خونی ناشی از اختلال کمی تولید زنجیره گلوبین است که خود به سه دسته ماژور مینور و اینترمدیا تقسیم میشود. مبتلایان به تالاسمی ماژور به دلیل افت شدید هموگلوبین و خونسازی غیر موثر توسط مراکز خارج از مغز استخوان ناچار به تزریق ماهانه خون از بعد از زمان تشخیص که معمولاً در کودکی است، میشوند. درکل در این بیماران ترجیح بر حفظ هموگلوبین mg/dl فریتین در حد کمتر از .

سندرم پاهای بیقرار از جمله شایع ترین اختلالات خواب میباشد که بصورت تکان دادن پاها یا بخشی از بدن نظیر بازوها در اوقات استراحت و قبل از خواب، با تشدید یافتن در بعدازظهرها و هنگام غروب میباشد که با تکان دادن اندام یا بخشی از بدن توسط فرد، این ناراحتی به میزان قابل توجهی کاهش می یابد.

دراین مطالعه شیوع این سندرم را در مبتلایان به تالاسمی ماژور و ارزیابی وضعیتهایی مثل عادات و بهداشت خواب و ابتلای سایر اعضای خانواده و ارتباط ابتلا به سندرم پاهای بیقرار را با سطوح هموگلوبین و فریتین در مقایسه با گروه شاهد مورد تحلیل و ارزیابی قرار دادیم. بیماران با تالاسمی بیشتر شاهد به پای بیقرار
بیماران پای بیقرار احتمالی خطر اماری معنی دار و شایعتر از
گروه شاهد پای بیقرار قطعی شاهد در حالیکه مجموع
ابتلا در گروه بیماران بیشتر است. نسبت ابتلای پای بیقرار احتمالی /
پاهای بیقرار قطعی به ترتیب در بیماران به و در شاهد به میباشد.

ابتلا به آنمی زمینه ای میتواند باعث افزایش ابتلا به سندرم پای بیقرار شود در بیشتر مطالعات نسبت سندرم پای بیقرار احتمالی به قطعی بالاتر است. سرخابی ()
شیوع بیماران تالاسمی % است، که میان %
به پاهای بیقرار میباشد که شایعتر بود که ارتباطی
فریتین آهن () در بررسی دیگر در تهران () که به بررسی
شیوع پاهای بیقرار بیماران همودیالیزی % از بیماران
که از آن میان % پاهای بیقرار ()

در چهارمحال بختیاری بطور مشابه بررسی بین کیفیت پاهای بیکرار در بیماران همودیالیزی که % پاهای بیکرار () . قلعه باغی () در تهران به بررسی مشکلات خواب در کودکان سن مدرسه و قبل از آن پرداخته است. - % کودکان مشکلات خواب دارند. در سن قبل از مدرسه مشکلات در طی خواب و تکلم در خواب و مدت خواب وجود داشت () .

() به بررسی شیوع پاهای بیکرار هند که % به پاهای بیکرار احتمالی % به پاهای بیکرار قطعی هستند () . صبری () گزارش کرد شیوع بیماران همودیالیزی % بود که بی خوابی () % از دیگر اختلالات شایعتر بود () . Picchietti () در اروپای غربی شیوع پاهای بیکرار سنی - - بررسی کرد % - ساله ها % - ساله ها دچار این () . کوتاره () یک بررسی در امریکا پاهای بیکرار حرکات ای پاها طی ارزیابی کرد که پاهای بیکرار داشته () . () هند شیوع پاهای بیکرار بیماران آنمیک ناشی آهن % غیر آنمیک % کرد. () سیلبر کوتاگال شیوع پاهای بیکرار % احتمالی به قطعی / کودکان به کردند. () . picchietti امریکا شیوع پاهای بیکرار قطعی % می باشد. شیوع پاهای بیکرار احتمالی همان سنی به ترتیب % . % () . شیوع پاهای بیکرار اهدا کنندگان % . گزارش کرد () . دریافت که کودک - ساله به آنمی سیکل حرکات پرئودیک پاها حین (PLMD) مکرر مرحله Non-REM که همراهی پاهای بیکرار () . Picchietti () RLS % - ساله گزارش کرد آهن ژنتیک مهمی در ابتلا به RLS داشته است ()

ایلماز () در ترکیه پای بیقرار قطعی . %
 کرد () . () هندگزارش کرد، . % به پای
 بیقرار قطعی هستند. () .

در نتیجه دیگری از پژوهش حاضر مقایسه ابتلا به سندرم پاهای بیقرار در بیماران
 و شاهد دریافتیم در پدران بیماران در هر دو گروه سنی ابتلا به حرکات دوره ای خشن
 در پاهای که یکی از انواع اختلالات خواب میباشد_ بیشتر از شاهد است .

Guilleminault () ابتلا به وحشت شبانه و راه رفتن در خواب در کودکان
 با گروه شاهد مقایسه کرد. % از کودکانی که پاراسومنیا و
 اختلالات تنفسی حین خواب داشته اند سابقه خانوادگی مثبت در اعضای خانواده از نظر
 ابتلا به اختلالات تنفسی خواب داشتند () picchietti () RLS
 یک نورولوژیکی بالغین شیوع - % در این
 مطالعه بیشتر % یک % هر RLS () .
 picchietti (2010) آهن ژنتیک تشخیص RLS امریکا
 ارزیابی کرد. وی دریافت واریان ژنتیکی RLS هستند، وابتلای
 اعضای به RLS دلیل مهمی RLS کودکان () .

همچنین در مقایسه ابتلا به سندرم پای بیقرار به تفکیک جنسیت در این مطالعه دریافتیم
 ابتلا به سندرم پاهای بیقرار در میان **ولی از نظر آماری معنی دار**
نیست. مطالعات قبلی نیز نتیجه مشابهی داشتند.

شیوع	پاهای بیقرار	اهدا کنندگان	ارزیابی کرده
.. %	%	مبتلا به	پاهای بیقرار بودند () .
سرخابی ()	تبریز	که شیوع	بیماران تالاسمی
% است، که	میان	% به	پاهای بیقرار میباشند
() .	()	هند به ارزیابی	پاهای بیقرار
در مبتلایان	جنسیتی	آماري معنی	() .

در زمینه عادات خواب ، ما دریافتیم که مدت زمان کلی خواب در بیماران بالاتر است. کل زمان خواب شبانه ،دیر بیدار شدن در هر صبح و دیر تر خوابیدن در هر شب در بیمار بیشتر و در - سال از نظر آماری معنی دار هم هست. ولی معنی داری هموگلوبین فریتین . همچنین در این زمینه در گروه سنی - سال میانگین شبهایی که در جایی بجز رختخواب خود میخوابند هم در بیماران بالاتر است که ارتباط آماری معنی داری نیز با کمتر بودن سطح هموگلوبین دارد.

Sivertsen () در مطالعه ای تاخیر در شروع خواب و عدم توجه کافی در مدرسه بررسی نمود: شیوع تاخیر به خواب رفتن به طور کلی . % که در با شیوع . % از پسران با شیوع . % . همراهی تاخیر در به خفت عملکرد تحصیلی همراه بود (). Olds () در استرالیا در یک بررسی اط بین عادات خواب و وزن و فعالیت روزانه کودکان نشان داد کودکان چاقتر که کیفیت خواب کمتری داشتند نسبت به دیگران عملکرد روزانه کمتری داشتند. ()

Dahl () به بررسی خواب ناکافی شبانه و تاثیر آن بر فعالیت های روزانه فرد و عملکرد شناختی وی پرداخت. خواب نا کافی بر کورتکس پره فرونتال اثر گذاشته و بر عملکرد روزانه و کنترل احساسات و توجه فرد در روز بعد اثر منفی دارد (). Solym Reka () رومانی ، به ارزیابی پارامترهای عادات خواب در گروهی از کودکان سنین مدرسه پرداخته است. کاهش مدت خواب شبانه موجب خستگی در طی روز میشود و باعث کاهش عملکرد روزانه و تکالیف مدرسه میشود و بر کیفیت زندگی فرد اثر منفی (). Wilson K () به بررسی محیط خواب و مدت خواب در کودکان قبل از سن مدرسه پرداخت. کسانی که محیط خواب نامناسبی داشتند دیرتر به خواب میرفتند و خواب شبانه کمتری داشتند. (). Shingo Kitamura () در ژاپن ،ارتباط بین دیر خوابیدن و مشکلات خواب را در کودکان ساله ژاپنی ارزیابی نمود.دیر خوابیدن در کودکان میتواند معضلاتی مثل افزایش خواب آلودگی روزانه و کاهش وضعیت شناختی را ایجاد نماید (). Gemma Slater () خواب آلودگی روزانه را در مبتلایان به اختلالات خواب بررسی نموده است. چاقی و افسردگی و خواب ناکافی در هر سن ریسک فاکتور خواب آلودگی روزانه بود. آپنه انسدادی خواب وچاقی فاکتورهای مهمی در ایجاد الودگی روزانه بوده است. (). دکتر جلیل () در قزوین به بررسی مشکلات کودکان قبل از سن مدرسه پرداخت. . % کودکان خواب آلودگی روزانه

. % و مشکلات تنفسی و خرخر . % .
 اتاق خواب مشترک با والدین دارند ().

در این مطالعه دریافتیم که عدم رعایت کافی بهداشت خواب به طور کلی در بیماران بیشتر از شاهد میباشد. مثلاً مصرف کافئین و وجود تلویزیون در اتاق خواب در بیماران نسبت به شاهد بالاتر است البته ارتباط معنی داری بین میزان هموگلوبین و فریتین نداشت اما در میان بیماران - این میزانها در بیماران نسبت به شاهد از نظر آماری معنی دار بود.

Tushar () اثربخشی کافئین را به عنوان یک ماده اثر روانپزشکی
 مورد ارزیابی قرار داد. خواب و خواب آلودگی روزانه
 بیشتر کافئین مرتبط بود ().

در این مطالعه دریافتیم که تکلم در خواب و خروپف شبانه در گروه شاهد بالاتر از بیماران که نظر آماری معنی دار خواب گردی فقط در یک نفر از بیماران گزارش شد و در شاهد نداشتیم.

Guilleminault () به شبانه
 شاهد مقایسه کرد. میان نفری که تنفسی
 تانسیلکتومی حین
 اصلی آینه انسدادی ().
 این مطالعه جراحی به

دکتر جلیل () قزوین به بررسی مشکلات کودکان
 مدرسه پرداخته . % کودکان آلودگی روزانه .
 مشکلات تنفسی % . % مشترک والدین
 ().

در این مطالعه دریافتیم که با افزایش وزن و چاقی و افزایش شاخص توده بدنی ابتلا به سندرم پاهای بیقرار نیز افزایش می یابد که در گروه سنی - سال از نظر آماری معنی . ولی ارتباطی با سطوح هموگلوبین و فریتین نداشت.

Olds () استرالیا به بررسی بی فعالیت روزانه
 کودکان . کودکانی که خواب کمتری داشتند بیشتر فعالیت روزانه کمتری
 (). Jian Liu () به بررسی ارتباط بین چاقی و دیابت و اختلالات خواب

پرداخته است. % دیابت و % چاقی و % . نتیجه نهایی
ارتباط آشکاری بین این متغیر یافت نمود. در دیابت اختلال خواب موجب افزایش افزایش
وزن میشود () Perla A. Vargas () (در آمریکا نقش چاقی را در اختلالات خواب
ارزیابی نموده است در بررسی افراد دیده شد که % شان کیفیت خواب مناسبی نداشتند و
مدت زمان کلی خوابشان کمتر از دیگران بود و از میان آنان /
بدنی % () .

در این مطالعه دریافتیم که معدل تحصیلی ونحوه انجام تکالیف مدرسه در میان شاهد بهتر
از بیماران و بین - سال از نظر آماری نیز معنی دار است و در عین حال گروه
شاهد ابتلای کمتری هم به سندرم پای بیقرار دارند لذا ابتلا به اختلالات خواب میتواند
موجب کاهش معدل درسی و تکالیف مدرسه .

Solyom Reka () رومانی به ارزیابی پارامترهای گروهی
کودکان سنین مدرسه . کلی افزایش تغییر میکند
روانی زیادی . کاهش شبانه خستگی طی میشود
کاهش عملکرد روزانه تکالیف مدرسه میشود کیفیت زندگی منفی () .

Dahl () به بررسی ناکافی شبانه تاثیر فعالیت های روزانه
عملکرد شناختی وی . کافی کورتکس گذاشته
عملکرد روزانه کنترل توجه منفی () .

در این مطالعه تاثیر ابتلا به سندرم پاهای بیقرار بر عملکرد روزانه و فعالیت های افراد نیز
مورد سؤال قرار گرفت که اختلال عملکرد روزانه در بیماران بیشتر از شاهد است
- سال از نظر آماری معنی دار است.

Gemma Slater () آلودگی روزانه مبتلایان به
بررسی . شایع ترین آینه انسدادی حرکات
ای پاها میباشد که میتواند آلودگی Olds .
() استرالیا به بررسی بین فعالیت روزانه کودکان
کودکانی که خواب کمتری داشتند کمتر دیگران فعالیت روزانه مفید
بدنی . از کودکان دیگر بودند و فعالیت بدنی کمتری
() Sivertsen () به بررسی تاخیر .

شیوع تاخیر به به کلی . % میباشد که شیوع . %
 شیوع . % . نوجوانانی که تاخیر به به اینسومینا
 مدرسه نیز توجه کافی به () .

Shingo Kitamura () بین دیر خوابیدن مشکلات
 کودکان ساله ژاپنی ارزیابی . . % تاخیر در به
 نیز کوتاهتر مشکلات این کودکان بیشتر () . Ogunleye
 () در انگلستان به ارزیابی دیر خوابیدن در کودکان - ساله پرداخت و شاخص
 توده بدنی را نیز در ایشان اندازه گرفت. () % دیر تر از دختران () %
 میخوابند و آشفته‌گی خواب در این گروه بیشتر از دیگران است () .

در مطالعه شیوع سندرم پای بیقرار در مبتلایان به تالاسمی ماژور به خصوص
 زیر بیش از گروه شاهد بود. تالاسمی به عنوان آنمی مزمن یکی از
 می باشد. فقر آهن بر خواب و مدت زمان خواب تاثیر دارد. (43) مطالعه در نپال بر
 روی شیرخواران فقر آهن نشان داد که طی شب . ساعت میخوابیدند و .
 شب بیدار میشدند. در حضور آنمی چرت روزانه کوتاهتر در حالیکه دفعات بیدار شدن
 تغییری . کودکان آنمیک کمتر نسبت به سن در مقایسه با غیر آنمیک
 ها و چرت روزانه کمتری دا . (32) بر عکس مصرف آهن باعث افزایش مدت کلی
 خواب شبانه میشود Katarzyna Kordas () شیوع بالای اختلالات خواب در جمعیت
 های خاص مبتلا به کم خونی های ارثی گزارش شده است از جمله Daniel LC به مقایسه
 مبتلایان آنمی سیکل سل با گروه شاهد پرداخت. کودکان مبتلا در سنین - ساله راه رفتن
 در خواب و اختلالات تنفسی بیشتر از گروه شاهد داشتند. پراسومینا و انورزی شبانه در
 برخی از ژنوتیپ های سیکل بیشتر گزارش شد. وی پیشنهاد میکند تا به طور روتین به
 بررسی خواب سیکل سل جهت بهبود عملکرد بیماران پرداخته شود. مطالعه Ezzat HI
 () در امریکا بر روی بیماران نارسایی کلیه وجود ارتباط معکوس بین
 خواب با سطوح خونی آلبومین هموگلوبین و کلیرانس کراتینین ()
 بررسی کودک ساله به آنمی سیکل پلی سومنوگرافی پرسشنامه
 برای بررسی حرکات پرئودیک پاها (PLMD)
 مکرر مرحله NON-REM دیده میشود که همراهی سایر نظیر
 پاهای بیقرار () . () هند شیوع پاهای بیقرار را

بیماران آنمیک ناشی آهن ارزیابی کرد. شیوع پاهای بیقرار در . %
 غیر آنمیک . % بیماران آنمیک () . سرخابی () تبریز
 بررسی شیوع پاهای بیقرار % بیماران تالاسمی
 . میان % به پاهای بیقرار بودند که شایعتر
 () . حسینی () پاهای بیقرار بیماران
 همودیالیزی بررسی کرد که میان . % . % نیز
 پاهای بیقرار هستند () . علیدوستی () چهارمحال بختیاری
 بین کیفیت پاهای بیقرار بیماران همودیالیزی ارزیابی کرد.
 . % پاهای بیقرار هستند ()

picchietti () آهن ژنتیک تشخیص پاهای
 بیقرار بررسی کرد، سندرم پاهای بیقرار . % - ساله وجود داشته که
 تجویز آهن به کاهش علایم پاهای بیقرار () . مکی ()
 امریکا تاثیر درمان با آهن را در یک خانم ساله امریکایی که مبتلا به سندرم پای
 بیقرار بود گزارش کرد. درمان با آهن موجب قطع روپنیروول شد () .

از نقاط قوت مطالعه ما میتوان به پرسشنامه ای بودن طرح و انجام چهره به چهره که
 کمترین اشتباه در فهم سئوالات توسط تکمیل کننده پرسشنامه را در بر داشته باشد؛ اشاره
 کرد. همچنین میتوان، ارزان بودن انجام کار و ارزیابی آن در استان قزوین برای اولین بار
 و سنجیدن ارتباط سطوح هموگلوبین و فریتین با تک تک سئوالات و ارزیابی از طریق آنالیز
 ارتباطی با آنها را نام برد.

انجام پلی سومونوگرافی در تشخیص اختلال حرکت دوره ای پاها در خواب کاربرد دارد در
 حالیکه تشخیص سندرم پاهای بیقرار بالینی و از طریق پرسشنامه میسر است. به دلیل
 همراهی این دو اختلال با هم میتوان از راه انجام پلی سمونوگرافی به ابتلای فرد به سندرم
 پاهای بیقرار هم پی برد. که در مطالعه حاضر انجام نشد. همچنین **هموگلوبین و فریتین در**
گروه شاهد چک نشد .

در مطالعه موردی - شاهدهی حاضر که در بین کودکان زیر تالاسمی ماژور در
 استان قزوین در سال - و مقایسه آن با گروه شاهد که از نظر سن و جنس یکسان

دریافتیم که شیوع سندرم پای بیقرار در بیماران تالاسمیک بیشتر از جمعیت عادی است و ارتباطی با سطح هموگلوبین و فریتین ندارد. این بیماران خواب بیشتر .
ابتلا به سندرم پای بیقرار باعث افت عملکرد روزانه و تاثیر منفی عملکرد تحصیلی کودکان .

:

) Kotagal S, Picchietti D, Bruni O, Weerd DA, Durmer J, Owens J. Pediatric restless legs syndrome diagnostic criteria: an update by the International Restless Legs Syndrome Study Group. Sleep Medicine 2013;14(12): 1253-125.

2) Picchietti Weerd A , Bruni O, Durmer J, Owens J, Kotagal Pediatric restless legs syndrome diagnostic criteria: an update by the International Restless Legs Syndrome Study Group. Faculty of Medicine. 2010.

) Picchietti D, Allen RP, Walters AS, Davidson JE, Restless Legs Syndrome: Prevalence and Impact in Children and Adolescents—The Peds REST Study. Official Journal of the American Academy of pediatrics. 2007;120;253.

) Yilmaz K, Kilincaslan A, Aydin N, Kor D. Prevalence and correlates of restless legs syndrome in adolescents. developmental medicine & child neurology. 2010;53:1.

) Picchietti D, Advances in pediatric restless legs syndrome: Iron, genetics, diagnosis and treatment. Sleep Medicine. 2010;11(7):65 -643.

6) حسینی
پاهای
بیمارستانی‌های وابسته به دانشگاه‌های
بیماران مراجعه
شهر تهران
به بخش‌های همودیالیز
مجله
بهار؛ - .

7) Alidosti M, Hemate Z, Reisi M. Relationship between the quality of sleep and restless legs syndrome among the hemodialysis patients admitted to dialysis centers in Chaharmahal and Bakhtiari during 2011. Tehran University of Medical Sciences 2012.

8) Rogers VE, Marcus CL, Jawad AF, Whitly KS, Frempong KO, Allen J. periodic limb movement and disrupted sleep in children with sickle cell disease. SLEEP 2011;34(7):899-908.

9) NELSON text book of pediatrics 2011; Hematology and oncology.

10) Sabry A, abo-zenah H, Wafa E, Mahmoud KH, Sleep disorders in hemodialysis patients. Egypt. 2010;21:2:30 -305.

11) Mackie S, Winkelman JW, Normal ferritin in a patient with Iron deficiency and RLS. case report Brigham and Women's Hospital, Boston.,

(سليمی پور ه، عزيزی ف، معتمد ن، دلاور ح. بيقرار بيماران دياليزي
بوشهر رابطه ميزان فريتين . فصلنامه پژوهشكده زيست -
خليج . دوازدهم، صفحه - .

) Sorkhabi R, Malaki M, Shoaran M, Moazeni S, Bagheri Sh. Restless Legs Syndrome Prevalence in Major Thalasemia; Tabriz Children Hospital. Tabriz University (Medical Sciences).

14) Rangarajan S, Souza GA. Restless legs syndrome in Indian patients having iron deficiency anemia in a tertiary care hospital. Sleep Medicine 8 (2007) 247–251.

15) Allen RP, Ritchie SY, Clinical efficacy of ropinirole for restless legs syndrome is not affected by age at symptom onset. Sleep Medicine 9 (2008) 899–902.

16) Konofal E, Cortese S, Marchand M, Mouren MC, Arnulf I, Lecendreux M. Impact of restless legs syndrome and iron deficiency on attention-deficit/hyperactivity disorder in children.

Sleep Medicine 8 (2007) 711–715.

17) Ulfberg J, Nystrom B. Restless legs syndrome in blood donors. Sleep medicine 5 (2004) 115–118.

18) Seidel S, Bock A, Kilic A, Schlegel W, Wanger G, Gelbmann G, Kanbur I, Increased RLS prevalence in children and adolescents with migraine: a case-control study. Cephalgia 2012 Jul;32(9):693-9.

19)Weerd DA,Aricol I,Silvestri R. Presenting symptoms in pediatric restless legs syndrome patients.J clean sleep mec 15;9(10):1077-80.

20)Kothare SV,KHatwa U. Restless legs syndrome and periodic limb movements disorder in the pediatric population.Curr opin pulm med . 2010 Nov;16(6):559-67.

21)Kulkarni A, Metgud D, Restless Legs Syndrome in adolescent school children in Belgaum city: a cross-sectional study. International Journal on Disability and Human Development2014 februray ISSN(on line).

22)HappeS , Treptau N. , ZieglerR. , Harms E. Restless Legs Syndrome and Sleep Problems in Children and Adolescents with Insulin-Dependent Diabetes Mellitus Type 1. Neuropediatrics 2005; 36(2): 98-103.

23) Dosman C, Witmans M, Zwaigenbaum L. Iron's role in paediatric restless legs syndrome – a review. Paediatr ChildHealth 2012;17(4):193-197..

24) Parish JM, Sleep-Related Problems in Common Medical Conditions. *Chest Journal* 2009;135(2):566-572.

25) Ortancil O, Sanli A, Eryuksel R, Basaran A, Ankarali H. Association between serum ferritin level and fibromyalgia syndrome. *European Journal of Clinical Nutrition* (2010) 64, 303-312.

26) Tushar P. Thakre, MD, PhD^{1,2,3}; Ketan Deoras, MD⁴; Catherine Griffin, MD⁵; Aarthi Vemana, MD⁶; Petra Podmore, RPSGT, REEGT⁴; Jyoti Krishna, MD. Caffeine Awareness in Children: Insights from a Pilot Study. Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine 2015;11(7):741-746.

27) Shingo K, Minori E, Yuichi K, Naoko I, Aiko M, Yoko K, Kazuo M. Association between delayed bedtime and sleep-related problems among community-dwelling 2-year-old children in Japan. *Journal of Physiological Anthropology* 2015; 34(1): 12.

28) Borge S, Stale P, Kjell M S, Tormod B. Delayed sleep phase syndrome in adolescents: prevalence and correlates in a large population based study. *MC Public Health*. 2013; 13: 1163.

29) Ogunleye A, Voss C, Sandercock GR. Delayed bedtime due to screen time in schoolchildren: importance of area deprivation. *Japan Pediatric Society*. 2015 Feb;57(1):137-42.

- 30) Olds T, Maher C, Matricciani L. Sleep duration or bedtime? Exploring the relationship between sleep habits and weight status and activity patterns. Free-living Australian adolescents 2011 Oct 1;34(10):1299-307.
- 31) Guilleminault C, Palombini L, Pelayo R, Chervin RD. Sleepwalking and sleep terrors in prepubertal children: what triggers them? J Dev Behav Pediatr. 2009 Apr; 30(2): 131–139.
- 32) Katarzyna k, Siegel E, Deanna K, Joanne K. The Effects of Iron and/or Zinc Supplementation on Maternal Reports of Sleep in Infants from Nepal and Zanzibar. J Dev Behav Pediatr. 2009 Apr; 30(2): 131–139.
- 33) Dahl R. The impact of inadequate sleep on children's daytime cognitive function. J Am Coll Health. 2014 Nov-Dec; 62(8): 534–541.
- 34) Perla V, Melissa F, Robles E. Sleep Quality and Body Mass Index in College Students: The Role of Sleep Disturbances. Oman Med J 2015 May; 30(3).
- 35) Manzar D, Moiz J, Zannat W, Spence D, Pandi-Perumal S, BaHammam A. Validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in Indian University Students. Oman Med J. 2015 May; 30(3): 193–202.
- 36) Slater G, Steier J. Excessive daytime sleepiness in sleep disorders. Thorac Dis. 2012 Dec; 4(6): 608–616.
- 37) Daniel L, Grant M, Kothare SV, Dampier C, Barakat LP. Sleep patterns in pediatric sickle cell disease. Malays J Med Sci. 2014 Nov-Dec; 21(6): 52–56.

- 38) Javadi M, Javadi A, Kalantari N, Jalilolghadr SH, Mohamad H. Sleep Problems among Pre-School Children in Qazvin, Iran. *Malays J Med Sci*. 2014 Nov-Dec; 21(6): 52–56.
- 39) Amintehran E, Ghalehbaghi E, Asghari A, Jalilolghadr Sh, Ahmadvand A, Foroughi F. High Prevalence of Sleep Problems in School- and Preschool-aged Children in Tehran: a Population Based Study. *Iran J Pediatr*. 2013 Feb; 23(1): 45–52.
- 40) Jian L, Hay J, Faught B. The Association of Sleep Disorder, Obesity Status, and Diabetes Mellitus among US Adults. *International Journal of Endocrinology*. 2013 Apr 23; 4129, 6 pages.
- 41) Réka, Despina BM, Adriana N. Particularities of Sleep Habits in School Children from Tîrgu Mures. *Acta Medica Marisiensis* 2013; 59(2): 144-147.
- 42) Wilson K, Miller A, Lumeng J, Chervin R. Sleep Environments and Sleep Durations in a Sample of Low-Income Preschool Children. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2014; Vol. 10, No. 3.
- 43) Peirano P, Algarína P, Chamorro R, Sussanne C. Sleep alterations and iron deficiency anemia in infancy. *Sleep Med*. 2010 August ; 11(7): 637–642.
- 44) Kordas K, Siegel E, Katz J, Khatry S, Tielsch J, Stoltzfus R. Nutritional status, sleep patterns, and nighttime activity in Nepali infants. *The FASEB Journal*. 2006; 20:A1050.
- 45) Ezzat H, Mohab A. Prevalence of sleep disorders among ESRD patients. *National Institutes of Health*. 2015 Jul; 37(6): 1013-9.

46) Daniel L, Grant M, Kothare SV, Dampier C, Barakat LP. Sleep patterns in pediatric sickle cell disease. *Pediatr Blood Cancer*. 2010 Sep;55(3):501-7.

47) Guilleminault C, Palombini L, Pelayo R, Chervin RD. Sleepwalking and sleep terrors in prepubertal children: what triggers them? *National Institutes of Health*. 2003 Jan;111(1):e17-25.

48) Patricio D, Cecilia R. Algarín a, Chamorro A, Sussanne C. Reyes A, Samuel A. Durán A. Sleep alterations and iron deficiency anemia in infancy. *Sleep Medicine* 11 (2010) 637–642.

پیشنهادهات:

با توجه به شیوع بالای سندرم پاهای بیقرار حتی در جمعیت سالم لازم به نظر میرسد که ارزیابی و تشخیص این سندرم در برنامه غربال ری بیماران تالاسمیک قرار گیرد مبتلایان به تالاسمی مراجعه به بیمارستان باید از نظر سندرم پای بیقرار مورد غربالگری اختلالات خواب از جمله سندرم پاهای بیقرار قرار گیرند. در این زمینه لازم است تا از همکاری والدین نیز بهره ببریم. برای مثال با توضیح در مورد این سندرم و علائمش و اثری که بر کیفیت زندگی بیمار دارد، از ایشان بخو هیم تا با زیر نظر قرار دادن کودکشان با بروز علائم و یا شدت یافتن آن، پزشک خود را در جریان قرار دهند.

درباره کودکان سالم که بیماری زمینه ای ندارند نیز این غربالگری میتواند در اوقات مراجعه به مطب یا در مانگاه کودکان برای ویزیت های دوره ای یا سایر موارد انجام گیرد که البته لازمه آن آگاهی بخشیدن به پزشکان ارجمند پیرامون سندرم پاهای بیقرار و اثرات آن بر زندگی فرد است.

Prevalence and characteristics of Restless leg syndrome in children and adolescents with major thalassemia Compared with control group?

Abstract

Background: Thalassemia is known as the most debilitating chronic and inherited diseases caused by quantitative defective production of hemoglobin. It is necessary to give more attention to sleep and related disorders such as Restless legs syndrome (RLS) to improve quality of life in long-term treatment of thalassemia patients. RLS is an uncomfortable feeling in the legs at night which is aggravated by rest and relieved by movement.

Aim: RLS Prevalence and characteristics comparison in patients with major thalassemia with control group.

Method: In a case-control study in Ghods hospital at Qazvin province from 2014 to 2015, total of 39 children and adolescent under 18 years old with thalassemia, and 39 healthy matched for age and sex in the control group were included. Standard questionnaire of "International RLS Study Group criteria for the diagnosis of RLS (IRLSG)" was completed. screening questionnaire RLS from a Clinical Guide to Pediatric Sleep, Diagnosis and Management of Sleep problems designed for children and adolescent that completed by their parents. RLS diagnosed with IRLSSG criteria. Analysis done by correlation test and chi-square with Spss. 16. Significant level was 0.05.

Results: RLS prevalence was higher in girls and also in thalassemia patients than control group (36.8% vs. 5.2%). RLS had sigr

relationship with BMI, caffeine intake and daily performance($p<0.05$).there was no significant correlation of RLS with hemoglobin level and ferritin and RLS symptoms in family members.

Conclusion: RLS prevalence was higher in thalassemia patients. RLS decreased daily performance and children's school performance. Higher BMI increased the risk of RLS. The results of this study can help to improve the quality of life of patients with thalassemia diagnosis and treatment of restless legs syndrome and control chronic disease.

Keywords: Thalassemia Major, Restless legs syndrome, periodic limb movements disorder, probable Restless leg syndrome, definite restless legs syndrome.